ANNALI

DI

OSTETRICIA E GINECOLOGIA

PUBBLICATI DAI PROFESSORI

EDOARDO PORRO e LUIGI MANGIAGALLI

CON LA COOPERAZIONE DEI SIGNORI

Dott. **G. Bargioni** (*Firenze*) — Dott. **L. Bergesio**, lib. doc. (*Torino*) — Prof. **G. Berruti** (*Torino*)
Dott. **A. Bertazzoli**, lib. doc. (*Milano*) — Dott. **L. M. Bossi**, lib. doc. (*Genova*)
Dott. **E. Bruers** (*Bologna*) — Dott. **F. Candia** (*Napoli*) — Dott. **F. Caruso** (*Napoli*)
Prof. **D. Chiara** (*Firenze*) — Dott. **G. Cosentino**, lib. doc. (*Palermo*)
Dott. **E. Curatulo**, lib. doc. (*Roma*) — Dott. **C. Decio** (*Milano*) — Prof. **E. F. Fabbri** (*Modena*)
Prof. **E. Falaschi** (*Siena*) — Dott. **M. Fermi** (*Parma*)
Dott. **G. Gelli** (*Firenze*) — Dott. **G. Giglio** (*Palermo*) — Dott. **G. Kirch** (*Nuova York*)
Dott. **V. Lauro**, lib. doc. (*Napoli*) — Dott. **F. La Torre** (*Roma*) — Prof. **C. Liebman** (*Trieste*)
Dott. **A. Manzoni** (*Milano*) — Dott. **O. Marchioneschi**, lib. doc. (*Pisa*)
Dott. **C. Marocco**, lib. doc. (*Roma*) — Dott. **A. Maroni** (*Milano*) — Dott. **A. Martinetti** (*Firenze*)
Prof. **C. Massarenti** (*Bologna*) — Dott. **F. Meola**, lib. doc. (*Napoli*) — Prof. **C. Minati** (*Pisa*)
Prof. **O. Morisani** (*Napoli*) — Prof. **P. Negri** (*Venezia*) — Prof. **M. Pantaleo** (*Palermo*)
Dott. **F. Parona** (*Novara*) — Prof. **E. Pasquali** (*Roma*) — Dott. **G. Piazza** (*Milano*)
Dott. **E. Pinzani**, lib. doc. (*Bologna*) — Dott. **R. Polacco** (*Milano*) — Dott. **N. Postiglione** (*Napoli*)
Prof. **R. Pugliatti** (*Messina*) — Dott. **G. Raineri** (*Vercelli*) — Dott. **G. Roncaglia**, lib. doc. (*Modena*)
Dott. **U. Rusconi** (*Milano*) — Dott. **P. Sacchi** (*Cremona*) — Dott. **A. Sani** (*Firenze*)
Dott. **G. Scarlini**, lib. doc. (*Siena*) — Dott. **E. Secchi** (*Milano*) — Dott. **R. Segrè** (*Milano*)
Dott. **P. G. Spinelli** (*Napoli*) — Prof. **E. Truzzi** (*Novara*) — Dott. **M. Vercelli** (*Saluggia*)
Dott. **F. Villa** (*Milano*) — Prof. **E. Welponer** (*Trieste*).

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS OF ENGLAND
-1 FEB 93
LIBRARY

ANNO XIV - 1892

MILANO
LODOVICO FELICE COGLIATI, EDITORE
Via Pantano, 26.

4

Anno XIV. Gennaio 1892. Num. 1.

ANNALI
DI
OSTETRICIA E GINECOLOGIA

R. Scuola Pareggiata di Ostetricia nell'Ospizio di S. Caterina in Milano
diretta dal Prof. Comm. E. Porro.

16 FEB 92

RELAZIONE DI TRE OPERAZIONI PORRO
DI CUI DUE CON AFFONDAMENTO DEL PEDUNCOLO

PEL
Dott. ANNIBALE BERTAZZOLI
Medico Primo Assistente e Libero Docente in Ostetricia.

Dopo le tante modificazioni dagli uni e dagli altri proposte al modo di confezionare il peduncolo tenuto all'esterno nell'operazione Porro, ecco di nuovo risorgere, e stavolta con migliore successo, la questione più importante dell'abbandono del moncone nella cavità del peritoneo. Dico risorgere, poichè i tentativi di affondamento del peduncolo uterino nell'operazione Porro vennero già fatti da diversi anni, ma poi caddero quasi nell'obblio per i successi tutt'altro che lusinghieri, che seguirono all'intrapresa innovazione. Ora, dopo i confortanti risultati conseguiti nel campo ginecologico, la questione del trattamento intra-peritoneale del peduncolo nell'operazione Porro ritorna a galla, ed io sono contento, mercè la cortesia grande, di cui mi dà costante prova il mio illustre Maestro, di portarvi il contributo dei seguenti due fatti clinici:

Osservazione I.

Aurelia Camisani-Galliani, II para, d'anni 36, contadina, da Antegnate (prov. di Bergamo), è accolta in Clinica nel corso del 6.° mese di gestazione. All'età di 8 anni sofferse di rachitismo, che la tormentò per

circa tre anni, lasciandole poi deformità non poche in tutto lo scheletro. Ebbe la prima mestruazione a 12 anni senza dolori, della durata di 8 giorni, e piuttosto abbondante nella quantità. Le successive furono sempre regolari per comparsa e durata, mantenendosi però piuttosto copiose. Sofferse febbre palustre. Passata a marito a 32 anni, rimase quasi subito incinta, e la gravidanza decorse senza gravi speciali disturbi fino al suo termine. La levatrice, chiamata al dichiararsi del travaglio (ore 2 pom. del 20 maggio 1889), non si accorse che tardi della mala conformazione pelvica della partoriente; ed allora avvisonne il medico condotto, che a sua volta, constatata una ristrettezza pelvica di terzo grado, richiedeva il dott. A. Rota di Chiari del suo consiglio in sì grave circostanza. Si decise pel taglio cesareo, che alla mattina del giorno 21 veniva appunto eseguita dal dott. Rota; ed eccone in parte la descrizione dell'atto operativo, come è riferita dal Rota stesso. « . . . . Giunto sul feto, mentre la levatrice ed altra donna tenevano le mani addossate sulle pareti ventrali per impedire che il sangue penetrasse nel cavo, ampliai il taglio sempre sollevando l'organo all'interno fra due dita. In basso veniva molto sangue venoso. Fui pronto ad estrarre il feto colla placenta, nè per questo l'emorragia cessava. Avrei potuto tentare (come altra volta) l'operazione Porro, ossia l'amputazione utero-ovarica, essendovi previamente autorizzato dal marito, che mi disse « anche se non avrò più figli, mi salvi la donna, » ma l'egregio collega (dott. Francesco Chiappini) insistette perchè mi limitassi al taglio cesareo classico, e gli diedi retta. M'affrettai quindi ad applicare tre punti sull'utero, con doppio filo di seta, e così la ferita per verità piccola non dava più il minimo gemizio. Prima però avevo introdotto un tubo a drenaggio nel cavo interno, facendolo sporgere dall'ostio. Non fu mestieri praticare la cosidetta toilette del cavo addominale, chè non vi era penetrata una goccia di sangue, nè di liquido amniotico. Perciò unii tosto anche la ferita delle pareti ventrali con diversi punti, lasciato un drenaggio all'angolo inferiore che passasse nel cul di sacco utero-vescicale. » (1).

Il puerperio fu febbrile nei primi cinque giorni, e poi fu costante l'apiressia. Lenta la cicatrizzazione della ferita, a quanto pare, per la eliminazione di uno dei fili della sutura uterina. L'operata lasciò il letto in 15.ª giornata dal parto, ed in condizioni generali abbastanza buone. Il bambino, estratto vivo e sano, venne allattato dalla madre fino al XVI mese, e dopo 15 giorni dalla nascita pesava 3650 grammi, con una lunghezza di 50 cent. Alla fine del settembre del 90 la Camisani ebbe di nuovo l'ultima mestruazione e da un mese avverte i moti attivi fetali.

---

(1) Dott. A. Rota. « Taglio cesareo coronato da successo. » *La scienza italiana*, anno XIV, luglio, vol. II, pag. 71.

Nel corso del sesto mese di gestazione venne inviata dal dott. Rota al prof. Porro perchè l'accettasse nella sua Clinica, causa alcune sofferenze portate dallo stato gravidico.

Donna di statura piccola (m. 1. 37), leggermente claudicante a destra, offre uno stato discreto di generale nutrizione, e manifeste le impronte della sofferta rachitide. Ha un colorito terreo della cute, pallide le mucose visibili, ed ansante la respirazione. Ha fronte e faccia piuttosto schiacciate e larghe; pochissimi denti, non sporgente la mandibola. Si nota ipertrofia della ghiandola tiroide, prevalentemente nel suo lobo di sinistra; onde il collo presentasi grosso ed asimmetrico, con vene superficiali dilatate e turgide. Torace piuttosto compresso nel senso trasversale, con assenza del rosario rachitico e sporgenza dell' angolo del Luy; clavicole normali. Nessuna deviazione laterale della colonna vertebrale; spiccata la insellatura lombare, e la convessità della faccia posteriore del sacro. Mammelle bene sviluppate, cascanti, con abbondante tessuto ghiandolare, e capezzoli ben conformati. Risonanza polmonare aumentata, con mormore vescicolare piuttosto aspro, ed espirazione prolungata. Area cardiaca normale, e toni netti sui diversi focolai. Addome apparentemente molto più sviluppato di quello che comporterebbe l' epoca di gestazione, causa una notevole distensione delle anse intestinali; ed in posizione eretta della donna si fa oltremodo sporgente, massime nella sua metà sotto-ombellicale, permettendo all'utero un discreto grado di antiversione. Nel quadrante inferiore sinistro, immediatamente all'esterno della linea alba, notasi una larga cicatrice, che da 2 cent. all' infuori del bellico va facendosi convergente in basso ed in dentro per un tratto di 12 centim.; ed è così tortuosa nel suo tragitto, da descrivere quasi una vera esse italica, che alla sua parte inferiore termina in una depressione scodelliforme, del diametro di 7 cent. In questo punto la pelle è più colorita ed increspata; e tutta la parete addominale è quivi tanto assottigliata, da permettere di sentire più che distintamente la parete uterina, che vi è come saldata in corrispondenza della sua cicatrice, essa pure in rilevante stato di diastasi. Attraverso a tale parete cutaneo-uterina facile riesce la percezione dell'estremo cefalico fetale, come lo si riscontrò più tardi nei ripetuti esami successivi, ed anche al momento dell'atto operativo. Il fondo uterino, a donna coricata, arriva a due dita trasverse sopra il bellico, con obliquità antero-laterale destra. Parti piccole fetali in alto ed a destra, come a destra si sente il battito cardiaco in vicinanza dell'ascellare anteriore. Circonferenza addominale al bellico cent. 86; distanza dal pube alla punta sternale cent. 39; distanza dal pube al fondo uterino cent. 25; circonferenza pelvica cent. 79; distanza fra le Sp. Il. a.i s.i 25; fra le creste 26. 5; diametri obliqui destro e sinistro 23. 5; diametro bitrocant. 28. 5; C. E. = 17. 5; C. D. = 78 mill. Coll'esame digito vaginale si sente leggermente ridotta l' ampiezza del-

l'arcata pubica, con projezione all'avanti del labbro interno delle branche ischio-pubiche; pareti cotiloidee introflesse; abbassato e sporgente il promontorio sacro-vertebrale; aumentata la concavità sacrale; facilmente percorribile la linea di incoronamento, assai irregolare in tutto il suo decorso. La forma della pelvi è nel suo insieme quella triangolare, od a cappello da prete, detta anche pseudo-osteomalacica. L' arto inferiore sinistro è leggermente valgo, e misura dalla Sp. Il. an. sup. sin. al margine inferiore del malleolo esterno cent. 69; quello di destra è valgo in grado più elevato, e dà una lunghezza di cent. 66 dalla sp. il. an. sup.e des.a al margine inferiore del malleolo corrispondente. Nessuna traccia di edema agli arti. Orine senza albumina.

La paziente porta costantemente una larga ventriera elastica, ma non si regge in piedi che a stento, ed è impossibilitata ad ogni lavoro anche il più leggero. Verso la fine di aprile, nel corso dell'8.° mese di gravidanza, si aggravano le condizioni respiratorie della Camisani per un rapido aumento del volume uterino, tanto da essere costretta a letto ed in posizione quasi costantemente ortopnoica. A quest'epoca le misure prese sull' addome davano cent. 102 nella circonferenza ombellicale, cent. 54 nella distanza pubio-sternale, e cent. 35 dal pube al fondo uterino. Normali sempre le orine. In seguito i fenomeni polmonari invece di andare aumentando d' intensità, subirono una lenta, ma costante diminuzione, per quanto lo sviluppo uterino continuasse nel suo regolare incremento, ed alla fine dell'8.° mese di gestazione, la paziente poteva di nuovo lasciare un po' il letto nel corso della giornata. Il feto presentava sempre ad ogni esame quella situazione obliqua di cui dicemmo addietro, e sempre distinto si sentiva l' estremo cefalico, nel punto di saldatura addomino-uterina. Battito cardiaco regolare.

Nella notte dal 6 al 7 giugno si iniziano i dolori del parto, ed alle 2 ant. avviene lo scolo spontaneo del liquido ammiotico in notevole quantità, ed a collo uterino non del tutto scomparso. Si somministra subito un clistere laudanizzato, per dar tempo ai necessarii preparativi per l'atto operativo, che si incomincia alle 6 1[2 ant. del giorno 7. Narcosi cloroformica, previa iniezione ipod.a di 1 centig. di cloridrato di morfina. Generosa lavatura del campo d' operazione con acqua fenicata al 5 0[0; e poi con soluzione al sublimato (1 0[00). L' incisione viene dal prof. Porro condotta nel mezzo della cicatrice addominale, tenendo sollevata in piega la parete per il timore di interessare subito col taglio anche quella uterina; e poi la si prolunga sulla guida della sonda per un tratto di 15 cent., di cui i tre superiori trovansi al di sopra ed all'esterno sinistro della cicatrice ombellicale. Incise le pareti dell'addome, sulla faccia anteriore dell'utero, leggermente rotata verso destra, spicca una larga cicatrice, lunga 8-9 cent., e che all' imbasso termina in una larga area, resa scuriccia dal sottostante cuoio capelluto del feto. Non

vi si sente tessuto muscolare, e la testa fetale è separata, dalla mano che esamina, da solo un leggiero strato di tessuto biancastro connettivale. Prima di passare all'incisione dell'utero in sito, si considerano attentamente le speciali disposizioni presentate dalla sierosa peritoneale, che chiudendo lateralmente a destra ed a sinistra, fra l'utero e la parete dell'addome, ogni comunicazione col resto della cavità del ventre, stabilisce una specie di cavità isolata, le cui pareti sono costituite posteriormente da una porzione della faccia anteriore dell' utero, all' avanti da corrispondente porzioni delle pareti dell'addome, e sui lati dalle morbose aderenze peritoneali. Queste però non sono tese, ma abbastanza rallentate, ragione per cui anche la matrice potè leggermente rotare sul suo asse verticale, e presentare un po' più all'avanti il suo lato sinistro. Si fa dapprima la legatura di queste connessioni laterali, segmentandole, perchè troppo lunghe; e poi, con tutta precauzione per non ferire il prodotto del concepimento, si incide, lasciando l'utero in sito, la sua parete anteriore nella porzione superiore della linea cicatriziale, e si prolunga il taglio mediante il bistori bottonuto fino alla larga depressione circolare, che la termina in basso, per una lunghezza complessiva di 9-10 cent. circa. Cola poco sangue, e per la struttura del tessuto interessato dal tagliente, e per non esservi previa l' inserzione placentare; e, preso un piede fetale, facilmente si estrae il bambino, vivo e sano, che subito vagisce. Sgusciato l'utero dall'addome ed estratta la placenta, inserita alla faccia posteriore uterina, si applica un laccio elastico provvisorio in corrispondenza della parte alta della cervice, e si passa alla legatura segmentata dei legamenti larghi, che si recidono nell'intervallo di due punti vicini. Dopo avere così isolato l'utero dai suoi attacchi laterali, con un lungo ago retto, fisso in manico, se ne trafigge il collo, un centimetro al di sopra del laccio, ed in direzione dall'avanti all' indietro, mantenendosi immediatamente all' esterno del canale cervicale, tanto a destra che a sinistra, per assicurarsi dell'arterie uterine; e poi, col filo di destra, si stringe tutto attorno il collo. Quindi si amputa l'utero a due cent. sopra il laccio, leggermente a sghembo dall' esterno verso il canale medesimo, in modo che la sierosa si trovi un po' più abbondante della tonaca muscolare e della mucosa. Si escide colla forbice quanto più si può dello strato mucoso, e l' infundibolo, che ne risulta, si cauterizza generosamente con soluzione alcoolica di acido fenico. Si lega separatamente qualche grosso vaso laterale, e si raccoglie la superficie libera del moncone con punti staccati, mediante seta fenicata. Si toglie il laccio elastico; e, visto che il peduncolo era perfettamente esangue, si abbandona nella cavità dell'addome. Breve toilette peritoneale con finissime spugne; e prima di passare alla sintesi delle pareti addominali, si fa la resezione da una parte e dall'altra di un lembo delle medesime, della larghezza massima di tre centimetri, e della lunghezza

di 7 cent., onde diminuire la possibilità di un ulteriore sventramento. Sutura in massa delle pareti con doppio filo di seta fenicata N. 3, in numero di sei punti, e sutura superficiale con seta fenicata N. 2, in numero di dodici punti. Per la medicazione si mettono delle liste di garza idrofila attorno alla ferita, che vengono completamente ricoperte da un foglio di silke; un alto strato di cotone idrofilo, con sopra due sacchetti pieni di migliarola; un largo foglio di guttaperka, e come mezzo di contenzione una larga fascia di garza idrofila.

L'utero esportato pesa 1180 gr.; la sua parete anteriore misura in altezza 15 cm., 17 1|2 quella posteriore. La sua larghezza immediatamente all'avanti dell'origine dei legamenti rotondi è di cm. 13; a metà dell'altezza della faccia anteriore, di cm. 14; la placenta era inserita alla faccia posteriore. Il bambino, di sesso femmina, pesa 3260 gr., ed è lungo 51 cm. (27 + 24), con un biparietale anatomico di 9 cm. e 1|2. Dopo tre giorni venne consegnato ai parenti; e da informazioni più tardi avute, sappiamo trovarsi tuttora in buone condizioni di salute.

Il puerperio decorse dapprima leggermente febbrile per disturbi gastro-enterici, non avendo avuto tempo di preparare convenientemente l'intestino prima dell'atto operativo; più tardi per intasamento delle pareti addominali ai lati della linea di sutura, con diffusione al cellulare endo-pelvico. Montata lattea discreta. In 8.ª giornata si tolsero i punti, ed il coalito riuscì completo. In 10.ª giornata si ebbe eliminazione dalla via vaginale di debole quantità di un liquido rossastro, assai fetente, e dopo si mantenne costante l'apiressia. In 15.ª giornata la puerpera lasciò per la prima volta il letto, ed in 22.ª usciva dalla Clinica, non presentando che debolissimo lo sventramento, ed una buona e regolare cicatrice della lunghezza di 10 cm. Dopo due mesi giungevano al prof. Porro informazioni che la Camisani continuava a stare benissimo, potendo per di più accudire liberamente alle sue domestiche occupazioni e senza il benchè minimo disturbo.

Osservazione II.

Rovelli Maria, d'anni 39, moglie a Rognoni Faraone, da Milano, è accolta in clinica il giorno 23 aprile 1891. È primipara e nel corso del 7.º mese di gestazione. Di intelligenza assai limitata, offre allo sguardo più che manifeste le impronte della sofferta rachitide, che fino ai cinque anni la tenne quasi costantemente nella impossibilità di muoversi da sola. Ebbe la prima mestruazione a 20 anni, con dolori, e della durata di tre giorni. Le successive furono sempre regolari per comparsa, ma piuttosto dolorose e scarse nella quantità. Passò a marito a 33 anni, e questa è la sua prima gravidanza, che fa risalire alla fine

del settembre del 1890, da quel tempo non avendo più avuto tributo mensile. — Nei primi tre mesi di gestazione fu disturbata da nausee e da vomiti, che poi cessarono spontaneamente. Non sa dire quando avvertì per la prima volta i moti attivi fetali. È soggetto assai denutrito, coi caratteri della vera miseria organica. Misura in altezza m. 1.25, ed è leggermente claudicante a sinistra. Bozze frontali sporgenti, cranio schiacciato nel senso trasversale, mandibola sporgente, mancanza quasi completa di denti. Torace asimmetrico per inflessione discreta a sinistra da leggera scoliosi dorsale destra, e con rosario rachitico. Mammelle bene sviluppate per tessuto ghiandolare, con areola primitiva rosea, e capezzolo ben fatto. Funzioni normali tanto riguardo all'apparato respiratorio, che riguardo all'organo cardiaco. Le gastro-intestinali invece sono assai disturbate. Addome discretamente sviluppato, simmetrico, con linea alba pigmentata, tanto nella sua porzione inferiore, che in quella superiore al bellico. Assenza di smagliature. Pareti addominali sottili e tese. Fondo uterino a tre dita trasverse circa sopra il bellico. Feto coll'estremo cefalico nel quadrante inferiore sinistro, col dorso a sinistra e colle parti piccole in alto ed a destra. Battito cardiaco in basso a sinistra. Il giorno 8 maggio la misurazione addominale col nastro dava le seguenti cifre:

Distanza dal pube alla punta sternale. . . .	cm.	35
» » al bellico	»	24
» » al fondo uterino	»	30

La pelvi all'esame esterno e interno risultò totalmente irregolarmente ristretta, di 2.° grado (limite inferiore), a forma triangolare; ed eccone le principali misure:

Circonferenza pelvica cm. 80; distanza fra le Sp. Il. ant. sup. cm. 22; distanza fra le creste iliache cm. 23. Distanza fra i trocanteri cm. 26. 5, diametri obliqui esterni cm. 23, coniugata esterna cm. 17. 5 coniugata diagonale cm. 7. 4, insellatura lombare di poco conto.

Non edema agli arti inferiori, di cui quello di destra è più lungo di un cm. di quello di sinistra, ed il ginocchio corrispondente è valgo di un grado molto più spiccato. Orine sempre normali.

Nella notte dal 6 al 7 giugno, come per l'osservazione antecedente, cominciano ad insorgere delle contrazioni uterine, che si cerca di far tacere mediante clisteri laudanizzati, non essendo la gravidanza arrivata che al principio del suo nono mese. Infatti le contrazioni si attenuano e si fanno più distanzate nella mattina del giorno 7; ma più tardi riprendono con intensità e frequenza normali, per cui si decide di passare alla operazione cesarea. La paziente non venne quindi con-

venientemente ad al modo solito preparata per la mancanza del tempo necessario. — Alla 1 pom. narcosi cloroformica, previa iniezione ipodermica di 1 cg. di cloridrato di morfina. Lavatura delle pareti addominali con sapone ed acqua fenicata al 5 0|0. Il prof. Porro conduce l'incisione da 3 cm. al di sopra ed a sinistra del bellico a due dita trasverse sopra il pube. Apertura dell'utero in sito per la lunghezza di 10 cm., dapprima col bistorì retto e poi col bottonuto. Insorge notevole emorragia, essendo la placenta previa all'incisione; ma sollecitamente preso un piede fetale se ne fa l'estrazione, e subito dopo si compie il distacco della placenta colle sue membrane. Portato all'esterno l'utero, se ne fa la costrizione provvisoria mediante ansa metallica portata dal serranodi Cintrat, essendosi più volte rotto il cordoncino di gomma a tale scopo preparato. Legatura segmentata dei legamenti larghi, e trasfissione a destra ed a sinistra del cono cervico-uterino in senso antero-posteriore, e tenendosi all'esterno del canal cervicale, mediante ago retto, montato in manico, e provvisto di filo di seta fenicata N. 3. Col filo di destra si fa poi un giro tutto attorno al collo uterino, tenendolo immediatamente al di sotto della legatura laterale sinistra. Amputazione dell'utero 1 cm. e 1|2 al disopra dell'ansa costrittrice, avendo di mira che la sezione risulti leggermente obliqua e convergente della periferia al centro del moncone. Raschiamento con cucchiaio tagliente dell'infundibolo cervicale, e generosa cauterizzazione con soluzione alcoolica di acido fenico. Legatura separata di qualche grosso vaso, e riunione della parte superiore del peduncolo con diversi punti staccati di seta fenicata N. 1. Tolta l'ansa metallica si constata completamente esangue il moncone uterino, che si affonda. Breve toilette peritoneale non essendo caduto nella cavità dell'addome nè liquido amniotico nè sangue. Sutura in massa delle pareti addominali con quattro punti metallici profondi, e sutura superficiale con seta fenicata N. 2. Medicazione come al solito. Il bambino, estratto leggermente asfittico, venne di subito rianimato. Pesa 2100 gr., ed è lungo cm. 46 (24 + 22), con un biparietale anatomico di 85 mm. Il giorno 12 giugno viene passato al Comparto Esposti. L'utero esportato, del peso di 660 gr., presenta un diametro trasversale, all'origine dei legamenti rotondi, di 12 cent. ed una altezza di 14. L'incisione, che si trova sulla faccia anteriore, è leggermente lateralizzata verso di destra, e ad essa corrisponde l'inserzione placentare, che trovasi appunto nella zona media uterina. Peso degli annessi 400 grammi.

Il puerperio fu leggermente febbrile nelle prime sette giornate per disturbi gastro-enterici, con spiccata intolleranza gastrica, ma senza che la medesima fosse legata a risentimento peritoneale. In 8.ª giornata si tolsero i punti profondi e superficiali, ed il coalito si constatò completo per quasi tutta la lunghezza della ferita, ad eccezione del suo estremo

superiore e pel tratto di 1 cent. e 1[2 circa. Più tardi in 12.ª giornata si ebbe uscita di notevole quantità di sierosità sanguinolenta senza odore, e macroscopicamente senza veri caratteri di liquido purulento, e ne rimase un tragitto fistoloso di 2 cent. di profondità, che in 26.ª giornata dal parto, quando la paziente volle lasciare ad ogni costo la Clinica, non erasi ancora completamente chiuso. Però dopo i primi sette giorni fu costante l'apiressia ed in 17.ª la Rovelli lasciava per la prima volta il letto. Per disturbi gastro-enterici ritornò un po' di febbre in 24.ª giornata; ed in 26.ª, quando la puerpera abbandonò la Maternità, non accusava molestia di sorta per la subìta operazione, tranne la scarsa, ma persistente eliminazione di poche goccie di pus dal punto ancora aperto della ferita addominale. Il giorno 9 agosto la Rovelli ritornò alla Clinica in ottime condizioni generali e locali, essendosi da tempo spontaneamente chiuso il piccolo seno fistoloso all'angolo superiore della ferita. Questa risulta della lunghezza di 10 cent.

Osservazione III.

Colombo Angela, VII para, d'anni 36, operaia, da Maccherio, è accolta in Clinica il giorno 6 febbraio 1891, nel corso del nono mese di gestazione. Nulla sofferse di speciale nella sua infanzia. Ebbe la prima mestruazione a 13 anni, senza dolori, e della durata di 6-7 giorni. Le successive furono regolari per comparsa, ma sempre piuttosto abbondanti per quantità, e di lunga durata. Passò a marito a 20 anni, ed ebbe sei gravidanze alla distanza di 10-11 mesi l'una dall'altra. I parti riguardo all'epoca ed al modo di terminazione furono:

il 1.º	prematuro	naturale
il 2.º	prematuro	manuale
il 3.º	prematuro	manuale
il 4.º	a termine	naturale
il 5.º	a termine	manuale
il 6.º	a termine	strumentale.

I puerperi decorsero tutti fisiologici meno che per il 5.º parto, dopo il quale il puerperio fu morboso per infezione, però non grave, la paziente avendo potuto alzarsi da letto dopo appena undici giorni. I bambini vennero alla luce tutti vivi; ma i primi quattro morirono poche ore dopo la nascita, il 5.º morì a quattro anni e 1[2, ed il 6.º vive tuttora. La madre non allattò alcuno de' suoi nati per le sue occupazioni di operaia. Dice infatti di lavorare al telaio, in media 12 ore alla gior-

nata, eseguendo il lavoro in una stalla, tanto d'inverno che d'estate. Ebbe sempre sufficiente vitto, per quanto non molto nutriente. Afferma che le incominciarono i dolori ossei alla pelvi ed alla schiena nel corso della quarta gravidanza, e che dopo il parto si andarono mitigando, per ricomparire però più intensi durante la 5.ª, e più intensi ancora durante la 6.ª gestazione. Cessarono completamente dopo l'ultimo parto, che fu nel giugno del 1886; ma come effetto ne ebbe una notevole diminuzione nella statura (la paziente dice di essere divenuta più piccola di una spanna), ed una deformazione al lato destro del torace, per cui il tronco restò costantemente inflesso da questa parte. Anche durante l'attuale gravidanza non si fecero sentire forti i dolori ossei; e la Colombo fu inviata all'Ospizio da quel medico condotto, per la grave alterazione pelvica riscontrata.

Dall'agosto 1886 al 18 maggio 1890, epoca della ultima mestruazione, il tributo mensile, regolare per la data della comparsa, fu notevolmente copioso nella quantità, e di durata piuttosto lunga (6-7 giorni), talchè la Colombo dopo ogni mestruazione se ne sentiva assai indebolita, e costretta per alcuni giorni a relativo riposo. In questa sua ultima gravidanza non ebbe a soffrire disturbi simpatici di sorta: ed al momento del suo ingresso in Clinica, si presenta in condizioni di generale nutrizione, bensì grame, ma non tanto come ci capitò di vedere in molte altre osteomalaciche. Statura m. 1,38. Normali le funzioni dei varii apparati. Torace permanentemente inflesso a destra, per cifo-scoliosi dorsale sinistra, tantochè, a donna in piedi, il bordo costale inferiore del lato destro tocca la cresta iliaca corrispondente. Mammelle piccole, emisferiche, con scarso tessuto ghiandolare. Ventre propendulo, con pareti assai esili; pigmentazione della linea alba in tutta la sua lunghezza; numerose smagliature di antica data. Utero, a massimo diametro in senso verticale, antiverso, dello sviluppo come per gravidanza normale giunta nella prima metà del 9.º mese. Feto in situazione longitudinale, coll'estremo cefalico flesso all'ipogastrio, tendente a sviare sulla fossa iliaca interna di sinistra; dorso a sinistra, parti piccole in alto ed a destra. Battito cardiaco regolare nel quadrante superiore sinistro, subito al di sopra della linea ombellicale. La pelvi presenta più che spiccate le caratteristiche delle pelvi osteomalaciche. Creste notevolmente accartocciate; rostro pubico saliente; arcata sotto pubica quasi del tutto obliterata; tuberosità ischiatiche avvicinatissime; insellatura lombare, con marcata convessità della faccia posteriore sacrale, oltre i soliti dati, che in tali casi si rilevano anche coll'esame digito-vaginale, come la introflessione delle pareti cotiloidee, la maggiore curvatura della faccia anteriore del sacro, con projezione all'interno del promontorio e del coccige, la riduzione rilevantissima del diametro trasverso dello stretto inferiore, ecc.

Le principali misure che vennero prese furono le seguenti:

Circonferenza pelvica.	cent.	80. —
Distanza fra le Sp. Il. ant. sup. . . .	»	21. 5
» » le creste iliache	»	27. 5
» » i troncateri	»	25. —
Diametro obliquo destro e sin.	»	22. —
Coniugata esterna	»	18. —
» diagonale	»	7. 8
Diametro bisischiatico	»	3. 5

Vagina ampia, cascante; collo uterino ampiamente beante fino all'orificio interno, di lunghezza normale, con profonde lacerazioni a sinistra ed a destra. Orine senza albumina.

L'operazione era stata fissata pel giorno 19 febbraio, dovendo il parto, secondo i dati raccolti, avvenire verso la fine dello stesso mese; invece alle 6 pom. del giorno 14 si inizia inaspettatamente il travaglio, e quando la donna, dopo due ore, è condotta nella sala dei parti per il riscontro digito vaginale, vi si trova già scomparso il collo uterino, e la dilatazione a 3 cent. circa. Le membrane sono ancora integre, e distinto si percepisce il battito cardiaco fetale. Si fa somministrare un clistere laudanizzato per ritardare un po' il decorso del travaglio, intanto che si apprestano gli istrumenti necessarii all'atto operativo. Alle 9 1[4 narcosi cloroformica, previa iniezione ipodermica di un centig. di cloridrato di morfina. Lavatura dell'addome con sapone ed acqua fenicata al 5 0[0. Gentilmente venni dal mio Maestro invitato di eseguire l'operazione; e perciò qui mi è caro di potergli porgere i miei più vivi ringraziamenti per la cortese deferenza usatami, e per gli illuminati consigli di cui mi fu largo in tale contingenza. Incisione sulla linea mediana, per la lunghezza di 12 cent., al di sotto del bellico, e con facilità si riesce nella cavità del peritoneo. L'utero è leggermente rotato sul suo asse verticale da sinistra a destra; si porta la sua parete anteriore direttamente all'avanti, e nel mezzo la si incide verso il fondo col bistorì retto. Si prolunga poi l'incisione verso il basso col bistorì bottonuto per un tratto di 9-10 cent. Cola in quantità abbondante il liquido amniotico, essendo state interessate nel taglio le membrane. La placenta è inserita alla faccia posteriore. Preso un piede fetale facilmente si estrae un bambino, vivo e sano, che subito vagisce. Distacco della placenta e delle membrane; e sull'utero, portato fuori dall'addome, si applica in corrispondenza del cono cervico-uterino, l'ansa di filo di ferro ricotto montata su serranodi Cintrat. Amputazione dell'utero due cent. circa sopra il punto di costrizione. Breve toilette peritoneale, non essendo caduto nè

sangue nè liquido amniotico nella cavità dell'addome. Riunione in massa delle pareti con quattro punti metallici superiormente ed uno di seta, quello più in basso, abbracciante a guisa di *C* la parete superiore del peduncolo. Sutura superficiale con seta fenicata N. 2. Trasfissione del moncone colla solita asta d'acciaio, e se ne raccoglie la sua superficie di sezione con alcuni punti staccati pure in seta. Liste di garza al iodoformio attorno al peduncolo, e polvere di iodoformio, acido tannico e salicilico in parti uguali alla sua superficie libera. Solita medicazione per il resto.

Durante l'atto operativo fu assai scarso il sangue perduto; ed infatti subito dopo la paziente trovavasi abbastanza in forze e tranquilla. Le si pratica tuttavia un'altra iniezione ipodermica di morfina.

L'utero esportato pesa 600 grammi, con un diametro trasverso massimo di 15 centimetri. L'incisione sulla parete anteriore uterina è leggermente lateralizzata a sinistra, e sulla faccia interna della posteriore si scorge l'area di inserzione placentare. Annessi completi a destra ed a sinistra, e le ovaie non presentano un volume superiore al normale.

Il bambino, di sesso maschile, del peso di 3 Kilog. e della lunghezza di cent. 48 (27 + 21), venne passato al Comparto Esposti in sesta giornata dalla nascita, ed in ottime condizioni di salute.

Nella notte seguente all'atto operativo la paziente fu abbastanza quieta, quasi senza dolori e senza vomito. Alla una ant. però si dovette cambiare la medicazione perchè discretamente inzuppata di sangue; ed allora si medicò il moncone con soluzione satura di percloruro di ferro e cotone emostatico. Alle 7 1[2 della mattina si rinnova la medicazione per l'insistente stillicidio sanguigno, che cessa completamente, dopo l'applicazione del laccio elastico, fatta nella stessa seduta. In seguito il decorso del puerperio fu più che regolare, il massimo di temperatura essendo stato di 38. 3 alla mattina del quarto giorno, probabilmente per le ripetute scariche ventrali avvenute nel corso della notte, e provocate da un purgante amministrato il giorno antecedente. In settima giornata si tolsero i punti profondi ed i superficiali; in dodicesima si ebbe la caduta completa del moncone, e poi l'infundibolo passò a rapida guarigione. In dicianovesima giornata la paziente lasciò per la prima volta il letto, ed in 36.ª lasciava l'Ospizio in condizioni generali a dirittura soddisfacentissime. Dopo 25 giorni ritornò a farsi vedere; continuava a stare bene, e si mostrò più che contenta dello stato di sua salute.

Il giorno 20 settembre venuta di nuovo alla Clinica, ci assicurava, presenti anche diversi medici praticanti, di accudire al suo lavoro di tessitrice, precisamente come suo marito, dalla mattina alla sera e senza molestie di sorta. Non havvi traccia di sventramento, ed è appena ri-

conoscibile la linea di sutura, che termina al suo estremo inferiore in un'area cicatriziale, dell'ampiezza di un centesimo, luogo dove venne fissato il peduncolo.

Ed ora prima di entrare in alcune considerazioni sul nuovo procedimento adottato dal prof. Porro nelle sopra riportate due osservazioni, vediamo se l'amputazione utero-ovarica come complemento del taglio cesareo con affondamento del peduncolo, possa ancora chiamarsi col nome di Operazione Porro, appunto come quando il moncone viene tenuto all'esterno, senza a questo proposito voler dare grande peso allo strano fatto, che ancora oggi pur troppo si verifica nel nostro paese, di vedere persone che si affannano per contendere il nome di tale ardita operazione al prof. Porro per applicarlo ad altri fuori di Italia, mentre poi fra gli stranieri quello di operazione Porro vi ha preso stabile posto. Ed infatti, a sostegno di quanto qui asserisco, basta che accenni alle parole di un autore francese, che di recente scrisse una estesa memoria sulla operazione cesarea, e che venne premiata dall'Accademia di Medicina di Parigi. E si che specialmente i francesi, non sono molto teneri per le cose italiane! Ecco quanto scrive il dott. Berlin: « Porro est le premier qui, de propos delibéré, ait appliqué sur la femme vivante cette conception théorique, aussi est-ce à bon droit que la méthode a pris son nom » (1).

L'affondamento del peduncolo nella ovaro-isterectomia puerperale a me sembra non possa costituire tale profonda modificazione al processo del Porro, da dovere poi contrassegnare l'atto operativo stesso con nome diverso; ed anche il Truzzi, mentre nel suo primo lavoro sulla operazione Porro con frase recisa scrive, come, di tutte le modificazioni apportate all'operazione Porro, « quella sola che ne abbia profondamente svisato il concetto e compromessa la sicurezza del pronostico sia l'affondamento del peduncolo » (2); più tardi, in un secondo suo studio sullo stesso argomento, si mostra meno assoluto, e lascia intravvedere di avere in proposito modificate alquanto le sue prime idee: « L'affondamento del peduncolo uterino è tutt'ora una pratica, che altera di troppo i criterii

(1) Dott. Berlin. « De l'opération césarienne. Méthodes et procédé d'exécution. » Parigi, 1890.

(2) E. Truzzi. « Sulla operazione Porro, studio critico statistico. » Milano, 1884.

pronostici, ed è di troppo alta importanza chirurgica, per poter essere ascritta tra le semplici modificazioni del metodo Porro; una tale modificazione non potrà essere, a mente mia, giustificata se non in quel giorno, che io auguro vicino, in cui la pratica dell'affondamento potrà dare presso a poco le stesse garanzie, che vi dà attualmente il metodo extraperitoneale, contro la sepsi e l'emorragia, contro cioè quei gravi accidenti, che giustificano la demolizione degli organi genitali muliebri, e che hanno indotto il Porro alla sua ardita innovazione » (1). Infine il Truzzi, con una serenità di apprezzamento che torna di non poco onore alla sua assai colta mente, e più che mai studiosa delle cose ostetriche, in un suo ultimo lavoro, a proposito di una amputazione utero-ovarica-cesarea in donna osteomalacica, e nella quale per circostanze affatto accidentali gli fu forza di ricorrere alla fissazione esterna del peduncolo, si esprime in modo più che favorevole sul trattamento intraperitoneale del moncone uterino, convenendo che anche in tali casi non possa l'atto operativo essere chiamato con nome diverso da quello di processo Porro (2).

Come si vede, il Truzzi respingeva per il passato l'ovaro-isterectomia cesarea con affondamento del peduncolo dall'essere compresa sotto il nome di operazione Porro, basandosi sui risultati più che sfortunati che ne accompagnarono i primi tentativi, sulla maggiore complicazione che in tal modo veniva a darsi all'atto operativo ideato dal Porro, ma più che tutto sulle deficienti garanzie che l'affondamento del peduncolo offriva contro la sepsi e l'emorragia, contro i quali accidenti provvede appunto la classica operazione Porro. Ma ora che i nuovi successi dell'affondamento del peduncolo uterino anche in ostetricia devono di molto modificare i nostri timori in proposito; ora che si è trovato anche il modo di renderci sicuri dell'emorragia, una volta il temuto pericolo dell'abbandono del moncone nella cavità del peritoneo, non ci è più permesso di radiare dal novero delle operazioni Porro quelle amputazioni utero-ovariche in donne a termine o quasi di gravidanza, per il solo fatto che in esse venne affondato il peduncolo uterino, invece di

---

(1) E. Truzzi. « Ulteriore contributo allo studio della operazione Porro. » *Annali di Ostetr.*, 1890.

(2) E. Truzzi. « Ancora sui risultati della moderna terapia chirurgica in casi di osteomalacia e sull'indole di tale affezione morbosa. » *Annali di Ostetricia*, 1891, pag. 612.

tenerlo all' esterno come fece per la prima volta il Porro. Nè con ciò io intendo certo di voler dare della preferenza al trattamento intraperitoneale del moncone uterino nelle operazioni Porro sopra quello extra, poichè sul valore dell'uno e dell'altro procedimento dirò brevemente in seguito. Qui mi preme solo di risolvere la questione, se sotto il nome di operazioni Porro si possano o meno comprendere anche quelle ovaro-isterectomie cesaree, nelle quali il peduncolo viene affondato, anzichè fissato alla ferita addominale. Lo Zweifel, per quanto partigiano del trattamento intraperitoneale nell'ovaro-isterectomia cesarea, vuole però che l'amputazione utero-ovarica, così modificata, non debba più chiamarsi operazione Porro, e, prima di passare alla enumerazione dei vantaggi che si avrebbero dall'adozione di siffatto precedimento, dice senz'altro, che tale atto operativo « . . . . ist nun nicht die Porro-operation » (1). Il concetto fondamentale che informa l'operazione Porro sta nell'ablazione sopravaginale dell'utero e dei suoi annessi, per la quale, semplificando la condizione della puerperalità, non si lascia nella paziente un organo, che al momento potrebbe esserle causa di gravi pericoli e di morte, ed inoltre la si mette per sempre al sicuro della possibilità di una seconda gravidanza. Ora, sia che tale atto operativo venga terminato colla fissazione all'esterno del moncone residuante o col suo abbandono nella cavità dell'addome, mi pare che non valga a modificare la parte essenziale della operazione stessa, per la quale quindi il trattamento del peduncolo non resterebbe che semplicemente un momento dell'atto operativo medesimo, per quanto dei più importanti. Nè le invocate e pericolose condizioni del peduncolo da affondarsi mi pare che bastino a giustificare di una nuova denominazione tale amputazione utero-ovarica cesarea, poichè anzitutto non vuol dire che esse abbiano a trovarsi in ogni caso; e quando vi si accompagnino, non sarà certo prudenza da parte di quel chirurgo, che le conosce, di terminare il suo atto operativo coll'abbandono del moncone uterino nella cavità del peritoneo, potendo con molto minore pericolo per la salute della sua paziente tenerlo all'angolo inferiore della incisione addominale. E bensì vero che il Porro nel suo primo caso ricorse alla fissazione esterna del peduncolo, ma

---

(1) Dott. P. Zweifel. *Lehrbuch der Geburthülfe.* Stuttgart, 1889.

come poi il procedimento del Porro subì molte e molte modificazioni in tutti i varii suoi tempi, specialmente nel modo di confezione del peduncolo e di sua fissazione alle pareti addominali, senza tuttavia perdere il nome dell'autore, che per primo con deliberato animo lo mise in pratica sulla vivente, così mi sembra ovvio che non debba avvenire per la modificazione, che preferisce al trattamento extraperitoneale del moncone uterino, quella intraperitoneale.

Ammesso adunque che anche la ovaro-isterectomia cesarea con affondamento del peduncolo debba per l'avvenire essere compresa sotto il nome di operazione Porro, come lo è quella con fissazione esterna del moncone, non ostante le molteplici modificazioni a cui andò incontro, vediamo dalla esposizione e dall'esame dei fatti clinici di trarre quegli ammaestramenti, che valgano a darci un esatta idea del valore di tale variante, ed a stabilire, mercè il confronto de' suoi risultati con quelli ottenuti dal procedimento rivale delle norme, alle quali informare la nostra condotta nelle ulteriori contingenze della pratica, sempre a maggior vantaggio delle pazienti affidate alle nostre cure.

(*Continua*).

Sull'evoluzione spontanea di un feto a termine

PEL

Dott. GIUSEPPE RAINERI

Chirurgo ostetrico della Maternità nell' Ospedale Maggiore di Vercelli.

« .... il parto spontaneo per la spalla non è così difficile, tanto eccezionale, così pericoloso e disastroso quanto la maggioranza degli operatori inclina (con buone intenzioni) a proclamarlo. »

CHIARA. *La evoluzione spontanea sorpresa in atto mediante la congelazione.* Milano 1878, pag. 15.

Inspirandomi alle parole del prof. Chiara, contenute nel classico suo lavoro sulla *evoluzione spontanea*, mi accingo a render noto un caso di parto spontaneo per la spalla di un feto a termine avvenuto nella Maternità di Vercelli il giorno 20 settembre 1891.

Si tratta di una donna pluripara, contadina, di 34 anni, entrata in sopraparto col N. 1004, alle 11 ant. Essa era alla fine della 7.ª gravidanza; le sei precedenti uterine, semplici, portò felicemente al termine: i primi due parti avvennero spontanei: gli altri quattro furono artificiali, manuali con feto morto. Tutti e quattro si presentarono per il piano laterale, e in tutti venne praticato il rivolgimento classico.

Aveva avuto l'ultima mestruazione verso la metà di dicembre dello scorso anno; non ricorda l'epoca in cui comparvero i primi moti fetali.

Racconta che, giunta senza inconvenienti di sorta al termine della gestazione, nel mattino del 18 settembre, cominciò ad avvertire qualche dolore, che durò con carattere intermittente tutta la giornata: verso notte si ruppero le membrane spontaneamente; colò poco liquido amniotico, quindi le doglie cessarono per tutta la notte e per tutto il giorno seguente: ricomparvero più forti nella notte dal 19 al 20 ed allora ricorse a una levatrice che riconosciuta una presentazione del piano trasversale invocò il consiglio prima dell'uno poi di entrambi i medici del paese

d'onde l'ammalata proveniva. Pare sieno stati fatti ripetuti ed energici tentativi per correggere la presentazione viziosa: vennero amministrate abbondanti dosi di segala cornuta. Riusciti a vuoto quegli sforzi la donna veniva trasportata alla Maternità. È bene ricordare intanto che il feto dapprima vivo era venuto a soccombere sotto queste manovre.

Al momento dell' ingresso le condizioni generali della donna erano buone; si notò che la costituzione scheletrica era regolare: la statura di 148 cent.: le misure esterne della pelvi, prese lì per lì, normali.

L' utero, all' esame locale, si mostrava spasmodicamente retratto, globoso, mediocremente sviluppato: dai genitali caldi e tumidi pendeva il braccio destro, congestionato, violaceo, colla cute staccata in diversi punti. La spalla destra era profondamente impegnata; la escavazione occupata dal tronco del feto, strettamente fisso e immobile. La testa, dalla disposizione del cavo ascellare, si giudicò essere sulla fossa iliaca di sinistra, per cui venne istituito il seguente diagnostico: donna in sopraparto, con feto morto, disposto col piano trasversale destro in C. I. S., nel secondo tempo dell'evoluzione spontanea.

Prima di accingermi a una operazione embriotomica, unica via che mi pareva rimanesse alla liberazione, giacchè a quel punto non solo inutile, ma pericoloso sarebbe stato il ritentare il rivolgimento, amministrai alla donna 3 grammi di cloralio idrato per clistere, e le feci dare un bagno tiepido allo scopo di mitigare o togliere l'intenso spasmo uterino; sussidii terapeutici che misi in atto fidando nelle buone condizioni generali e in quelle locali discrete.

In quel momento, la grossezza dell'utero e quella del braccio procidente di un feto al giusto termine della gravidanza, in donna multipara, segni preziosi dello sviluppo normale del prodotto del concepimento, la stessa retrazione uterina, dovuta in parte all'improvvida somministrazione di segale cornuta, ma più che tutto all'irritazione per l'eccessivo e insufficiente sforzo di spingere innanzi la parte presentata, non mi lasciarono la più lontana presunzione che il parto avrebbe potuto per avventura andare *spontaneamente* a termine.

Invece, in seguito a quelle poche cure, cessata la retrazione tetanica, a mezzogiorno subentrarono contrazioni espulsive energiche protratte e regolarmente intermittenti sebbene con breve intervallo; il braccio abbassatosi si portò direttamente in avanti; tiratolo verso l'alto, tutto il lato destro dal feto si mostrava alla apertura vulvare; la commettitura posteriore era spinta fortemente in addietro, il perineo enormemente disteso. Con poche manovre sul braccio, favorito questo tempo che fu il più lungo e il più doloroso, il parto si espletò spontaneamente compiendosi in modo classico l'evoluzione spontanea.

Secondamento naturale 15 minuti dopo il feto.

In totale il parto finiva alle 12. 45.

Il feto di sesso maschio era lungo 58 cent., pesava 3400 grammi ed aveva le seguenti misure:

Diametro	occipito-mentoniero	mill. 134
»	occipito-frontale	» 120
»	sottoccipito-bregmatico . . .	» 100
»	biparietale anatomico	» 95
»	» ostetrico	» 88
»	bimastoideo	» 78
»	fronto mentoniero	» 80
»	trachelo-bregmatico	» 100
»	massimo	» 140
»	bisacromiale	» 120
»	sterno-dorsale	» 85
»	bitrocanterico	» 100
»	sacro-pubico	» 60
»	dall'acromion destro al trocantere dello stesso lato	» 210
»	al trocantere sinistro	» 240

Ebbimo dunque a fare con un feto a peso e dimensioni superiori alla media normale.

Esso presentava un tumore di parto esteso a tutto l'arto destro, al moncone della spalla, alla metà superiore del torace di destra e in alto lungo il collo, fortemente stirato, fino all'apofosi mastoidea di destra. L'occipite appariva depresso sotto i due parietali verso i loro margini posteriori.

Nessuna lacerazione perineale o lesione di sorta ai genitali muliebri; puerperio del tutto fisiologico, tantochè la donna lasciava la Maternità in ottime condizioni il giorno 30 settembre successivo.

***

La esposta storia clinica mi pare assuma importanza sotto due riguardi speciali, pel contributo cioè al meccanismo spontaneo del parto per la spalla (*evoluzione spontanea*) e più che tutto perchè viene in appoggio della terapia delle presentazioni del piano laterale, spiegata e sostenuta nei corollarii pratici del prof. Chiara nel citato lavoro.

A parte l'ottimismo di Denman il quale, coll'appoggio di molte osservazioni di casi impropriamente ritenuti di evoluzione spontanea, consigliava di fare grande calcolo su questo modo di partorire, e le esagerazioni sollevate da Walsman in senso opposto che vennero poi, resta consegnato nei trattati antichi e recenti e nelle memorie sull'argomento come il parto per la spalla costituisca un avvenimento raro, ed effettuabile soltanto sotto determinate favorevoli condizioni. Queste in generale si riassumono così: *bacino bene conformato, feto non a termine, se a termine, non molto sviluppato o morto da qualche tempo, contrazioni espulsive energiche e protratte, parti materne cedevoli.*

Sulla conoscenza di questi fattori, che si possono con sufficiente esattezza, se non con matematico criterio, desumere (dalle misure del bacino, dalle misure del tumore uterino, dall' ispezione della mano e del braccio procidente, da segni di progressione della parte presentata, dal carattere delle contrazioni), quando la spalla sia molto impegnata, sia arrivata in vicinanza dell'arco pubico e già fissata a questo, per modo che sia controindicata la versione, Chiara, dallo studio del meccanismo del parto per la spalla, dal risultato di cliniche osservazioni, larga parte concede all'aspettazione.

È alla stregua di questi criterii e non in senso assoluto che vanno intese le parole che abbiamo posto in capo al presente scritto e che nel nostro caso per una mera e fortunata accidentalità, con contingenze ben più gravi, trovano appoggio.

Perchè abbiamo ricordato, dopo aver giustificato il nostro breve indugio nell'intraprendere un'operazione embriotomica, come le condizioni locali e generali della donna e quelle del feto ci avessero fatti persuasi che *l'evoluzione spontanea* sarebbe stata cosa sulla quale non era ragionevole sperare. Nelle sei osservazioni del Chiara, nelle quali, egli si era di proposito attenuto all'aspettazione, le condizioni favorevoli furono presenti sia per rispetto alla madre, che per rispetto al feto: tutte le donne erano multipare e bene conformate; i feti tutti premorti al parto, tutti ad eccezione di uno erano prematuri; il peso massimo osservato fu di 2956 grammi. Le donne guarirono.

Il Mangiagalli ribadì le opinioni e i consigli del Chiara a proposito di una prudente aspettazione, quando le cose sieno al punto di cui abbiamo tenuto parola, ed insiste sul valore clinico di tale condotta, non eretta a regola costante e frequente contro la versione eseguita al mo-

mento opportuno, ma informata al desiderio di lasciare con vantaggio compiere alla natura un lavoro benefico specialmente allora e che per l'avvenuta morte del feto e per la scomparsa delle condizioni favorevoli al rivolgimento, questo diventa un' operazione dissennata e dimostrante in chi opera l' ignoranza assoluta dei confini della natura e dell'arte e dell'ausilio vicendevole che devono porgersi (1).

Egli ammette *l' aspettazione quando il feto è vivo, come l' ammette ancora se il feto è morto purchè lo stato generale e locale della donna non imponga una prontissima liberazione e i rapporti del feto, come la posizione molto bassa della spalla lascino sperare la evoluzione spontanea* (2); venendo con questa conclusione a completare il 5.° corollario del Chiara nel quale questi, quasi in opposizione alle premesse consiglia a feto morto (stato che pone prima come condizione favorevole all'evoluzione) di ricorrere con tutta sollecitudine a un atto operativo embriotomico.

Così venne determinata e posta entro a ben netti confini la terapia delle presentazioni del piano laterale, che venne dal Chiara riassunta nelle sei proposizioni seguenti:

1.° È legge generale che riconosciuta la presenza della spalla in sopraparto e oltre la metà del 7.° mese si debba procedere alla versione.

2.° Riconosciuto che mancano le condizioni necessarie all' atto operativo, questo in tesi generale è controindicato.

3.° Esistono per la versione controindicazioni assolute le une, le altre permanenti; è contro indicazione assoluta e permanente l' impegno profondo della spalla *e a fortiori* il rapporto di essa coll' arco pubico, indizio che è già compiuto il 2.° tempo dell'evoluzione spontanea.

4.° L'evoluzione spontanea è fenomeno più frequente, meno difficile e meno pericoloso di quanto ammettono gli autori, perchè non sono rare le condizioni favorevoli quali « bacino bene conformato, pluriparità, feto non a termine, se a termine non molto sviluppato e contrazioni espulsive energiche e protratte. »

5.° Ammessa una controindicazione assoluta e permanente alla versione quando si presenta la spalla, si deve aspettare se il feto è vivo, contando sull'evoluzione spontanea che si cercherà di aiutare con mezzi

---

(1) MANGIAGALLI. « Il quinquennio 1875-79 della Clinica Ostetrica di Milano, » pag. 141.

(2) MANGIAGALLI. Loco citato a pag. 151.

che non offendono il feto. Se questo è morto si deve con tutta sollecitudine ricorrere a un atto embriotomico che raramente vorrà essere l'evoluzione artificiale istrumentale.

6.° In qualche raro caso l'ostetrico, purchè lo stato della donna domandi con urgenza la liberazione e questa possa ottenersi soltanto coll' embriotomia, può accingersi all' operazione, sebbene non fisicamente certo della morte del bambino, imitando la pratica comunemente adottata nelle pelviche viziature.

Ciò non toglie tuttavia che dopo la pubblicazione del Chiara, vagamente, senza distinzione di tempo e di circostanze, si sia tornato quasi del tutto al pessimismo di un tempo. Budin, a mo' d'esempio, nelle sue lezioni cliniche del 1889, senza far accenno di sorta alle conclusioni del lavoro dell'ostetrico italiano, insegnava a proposito di un parto, terminatosi coll'evoluzione spontanea, con una presentazione del dorso (che dalla figura esposta ha tutto l'aspetto di una presentazione di spalla in corso di evoluzione) *non doversi mai far conto* sulla terminazione spontanea del parto quando il feto si presenta pel piano laterale, sebbene lo ritenga possibile quando il bambino è prima del termine, morto o macerato, se il bacino è ampio e le contrazioni dell'utero vigorose. Ritorna poi assolutamente al pronostico sfavorevole sia per la madre che per il feto tanto nell'atto del parto, quanto posteriormente per la madre, secondo le antiche idee di Joulin, che poneva le affezioni puerperali, le fistole vescico-vaginali, come conseguenze frequentissime dell'evoluzione spontanea. Per costoro la regola assoluta in simili casi è l' intervento operativo, la demolizione del feto, ossia la rimozione immediata dell'ostacolo meccanico al compimento del parto.

Ora parmi che dall'istante in cui è cessata l' indicazione pel rivolgimento, all'insorgenza di questi tristi accidenti trovi appunto posto la giusta valutazione di un altro sussidio terapeutico, quale l'aspettazione ponderata e prudente.

E non sarà certo senza vantaggio il poter evitare un atto embriotomico « *non strettamente necessario* » che per quanto perfezionato nella tecnica operativa non è del tutto scevro da pericoli, specie se eseguito dal medico di campagna (più facilmente esposto alla possibilità di presentazioni viziose non corrette in tempo), in mezzo a condizioni disadatte, privo di aiuto e di consiglio.

Anzi prima di venire di un tratto a operazioni embriotomiche, per tacere dei molti mezzi proposti di evoluzione pelvica cosidetta artificiale, scrive il prof. Mangiagalli (1), quando una troppo lunga aspettativa può essere fonte d'inconvenienti e di danni, essendo già la donna stanca, affaticata, esausta di forze, ovvero febbricitante, se ci sono già condizioni favorevoli all'evoluzione spontanea quale partito migliore resta all'ostetrico se non quello di facilitare e di compiere l'opera già incominciata od avviata dalla natura?

Dalle figure del Cuzzi (2) il quale immagina il feto che attraversa la filiera pelvica in presentazione di spalla sotto forma di un triangolo i cui lati sono rispettivamente l'acromion-cefalico, il cefalico-podalico, ed il podalico-acromiale, si rileva che la progressione della parte avviene per diminuzione del lato cefalo-pedalico, diminuzione facilitata dall'allungamento del collo; e su questo fatto già aveva insistito il Massarenti (3) formulando la proposizione che *se il feto umano fosse fornito di un collo che avesse qualche centimetro di più in lunghezza di quanto ha ordinariamente, il parto per la spalla avrebbe potuto essere annoverato tra i parti naturali*, non avendo dimenticato che il parto per altro non è possibile si compia se non con ulteriore diminuzione dello stesso diametro cefalo-podalico, a spese di un grave inarcamento del tronco del feto.

Mangiagalli consigliava perciò trazioni in basso sul braccio procedente allo scopo di fissare la spalla sotto il pube, se non lo era già, e poi trazioni in alto e in avanti per modo, coll'intermedio della spalla e dei muscoli che ad essa si inseriscono, di ottenere la piegatura del tronco.

Nel nostro caso non perchè le condizioni materne ce le avessero imposto, ma allo scopo semplicemente di facilitare il quarto tempo ci attenemmo con vantaggio a questa pratica.

Conchiudendo: Ci pare di aver portato un buon contributo al meccanismo dell'evoluzione spontanea, verificatasi anche nel nostro caso presentando il feto il dorso in avanti, condizione che l'esperienza clinica dimostrò più favorevole; indirettamente è dimostrata la ragionevolezza

---

(1) Mangiagalli, loc. cit., pag. 151 e 152.

(2) Cuzzi. « Manuale d'Ostetricia per le levatrici, » pag. 156.

(3) Massarenti. « Considerazioni intorno all'evoluzione pelvica spontanea, ecc. » Estratto dalla *Rivista Clinica*, 1881, pag. 11.

dell'attesa quando si sappiano giustamente vagliare le condizioni che permettono il parto per la spalla, allorchè l'evoluzione è avviata e la bontà della pratica, prima di addivenire ad atti embriotomici, seguendo la via indicataci dalla natura, di esercitare trazioni convenientemente dirette sul braccio procidente.

Non dobbiamo dimenticare in ultimo che il gran uumero di evoluzioni (7 su 29 presentazioni del piano laterale sopra 920 parti) furono osservate dal Chiara non per una favorevole coincidenza, ma perchè pensatamente studiate ed aspettate.

COMPARTO OSTETRICO-GINECOLOGICO DELL'OSPEDALE MAGGIORE DI MILANO
diretto dal Prof. **Luigi Mangiagalli.**

Considerazioni sopra due casi di inversione uterina

Dott. CARLO DECIO
Assistente.

Il compito modesto di questa nota, si è quello di portare un contributo alla casuistica di un fatto morboso abbastanza raro, il quale, tanto dal lato eziologico, quanto dal lato terapeutico, può dar campo a considerazioni critiche e di pratica utilità.

Il primo caso è quello che figura nel rendiconto da me pubblicato (ottobre 1888-dicembre 1889) (1), la seconda osservazione pur essa è tratta dal materiale clinico del Comparto ostetrico e ginecologico diretto dal prof. Luigi Mangiagalli, cui debbo i miei più vivi ringraziamenti.

Osservazione I. — *Inversione uterina puerperale, acuta di 4.° grado. Oligoemia profonda per cospicue emorragie. Setticemia. Amputazione dell'utero. Guarigione,*

G. Virg., d'anni 30, casalinga, maritata, viene d'urgenza accolta nel Comparto per emorragia uterina il giorno 31 marzo 1889. Essa dice che da cinque giorni è puerpera dell' ottavo parto, il cui secondamento incompleto richiese l' intervento di una persona dell'arte. Non si potè sapere quali manovre siano state messe in atto; ciò che si potè però

(1) « I primi quindici mesi del Comparto ostetrico ginecologico dell'Ospedale Maggiore di Milano. » *Annali di Ostetricia e Gin.*, anno 1890.

accertare fu, che dopo il secondamento artificiale, l'emorragia non cessò più, e si manifestò tosto la presenza di un corpo fuori dai genitali esterni, il quale continuava a dar sangue.

Quando la paziente venne portata in sala, per le perdite subìte versava in un tale miserando stato di anemia da temere la morte da un momento all' altro. La paziente dal canto suo non era in grado di fornire dei ragguagli circa il passato, per cui si procedette con sollecitudine ad un rapido esame obbiettivo onde decidere sul da farsi. *La vescica orinaria arrivava col suo fondo a tre dita sovra il bellico;* di subito vuotata col catetere, si potè constatare mediante la palpazione addominale la mancanza dell'utero alla sede normale. Dai genitali esterni protrudeva un corpo piriforme, grosso quanto una testa fetale, che presentava tutti i caratteri di un utero *inverso.* Su di esso notavasi la zona di inserzione placentare che spiccava pel suo colorito giallo grigiastro; dai contorni della quale gemeva e colava un liquame sanguinolento di odore insopportabile. Dopo di aver detersa la superficie, riusciti vani alcuni tentativi di riduzione, minacciando la donna di soccombere di emorragia e di colasso ed essendo evidente la profonda alterazione dell'endometrio e specialmente della zona placentare, nella quale si appalesava un incipiente sfacelo per gli insulti meccanici subìti forse dalla massa protendente e la temper. elevata a 39. 6, indicando ad evidenza uno stato di setticemia, venne dal prof. Mangiagalli decisa la ablazione del viscere. Accuratamente disinfettato il campo operativo si pose un laccio elastico quanto più alto fu possibile sulla massa fuoruscente dai genitali, e si passò alla ablazione della medesima. Circa la tecnica seguìta eccola in breve:

Dopo che il laccio elastico fu bene stretto, afferrata la massa piriforme questa venne incisa longitudinalmente e fu esplorata la cavità interna risultante dalla inversione, allo scopo di assicurarsi che nessun'ansa intestinale vi fosse stata compresa, ed avendo la esplorazione portato alla esclusione di tale ipotesi, col bistorì venne praticata la sezione del viscere a due centimetri circa al disotto del cingolo costrittore, dopo di che il moncone fu tosto suturato con punti di seta, alcuni dei quali, più grossi degli altri trapassavano le pareti uterine dall' avanti all' indietro a tutto spessore.

Il laccio elastico venne lasciato in posto e fu medicata la superficie suturata con un soffice tampone di garza iodoformica.

Il giorno successivo la donna era apiretica col polso alla radiale tuttora piccolo, 120, e sempre in istato di profonda adinamia. Si somministrarono brodi e vino, e scrupolosamente si praticò il cateterismo vescicale ogni 4 ore. In tali condizioni, senza che nulla di nuovo si verificasse, si arrivò al giorno 26, non senza per altro notare un lieve miglioramento. Il giorno 27 la donna potè orinare spontaneamente: fu

tolta la medicazione è questa non fu trovata imbrattata. L'esame collo speculum faceva notare che il moncone aveva una spiccata tendenza ad introflettersi, talchè il tubo costrittore e le anse dei fili erano nascoste nell'infundibolo così formato. Fino al 6 aprile si praticarono irrigazioni vaginali e la donna continuava ad essere apiretica, migliorata notevolmente nelle condizioni generali. Verso sera venne in iscena un rialzo termico di 38. 9, e l'esame del petto ci avvertì di una lieve ipofonesi alla regione scapolare di sinistra, ove l'ascoltazione rivelò qualche piccolo rantolo, fenomeni però che verso il giorno 10 si dissiparono completamente: nel frattempo spontaneamente cadeva il tubo costrittore e venivano levati i fili della sutura. Il moncone visto allo speculum offriva l'aspetto di un collo da pluripara. La donna si alzava il giorno 12 e il 17 era in grado di lasciare le nostre sale.

Osservazione II. — *Enorme polipo fibroso in via di sfacelo. Inversione uterina. Amputazione dell'utero. Guarigione.*

Nè certo con minore gravezza della precedente ci si presentava il 30 maggio 1890 la ammalata Pas... Clotilde, d'anni 45, casalinga, maritata. Trasportata d'urgenza in Comparto ginecologico alle ore 3 pom. dietro invito di un primario di una divisione medica in cui la donna era stata temporaneamente ricoverata, si rilevò quanto segue:

Donna anasarcatica, profondamente anemica, polsi sfuggevoli filiformi piccolissimi 132 al minuto, R. 44. Perdita sanguigna dai genitali. Praticato il riscontro vaginale si trovò lo scavo occupato da un tumore della grandezza di una testa fetale, circuendo il quale non si riusciva a raggiungere l'orlo dell'orificio uterino, e al disopra del pube non si avvertiva il corpo uterino. Attese la gravi condizioni della donna, non si procedette ad ulteriori maneggi, si praticavano iniezioni di etere e di hydrastinina, irrigazioni di acqua calda in vagina, indi tamponamento con garza iodoformica, nè si trascurò la fasciatura degl'arti inferiori; le orine estratte col catetere non presentavano traccie di albumina. Il termometro all'ascella saliva a 37. 9. La sera stessa verso le 9 si propinavano eccitanti, ma scarse erano le speranze di trovare la paziente il giorno successivo.

Il prof. Mangiagalli aveva formulato il diagnostico di enorme polipo fibroso compagno ad inversione uterina.

Fortunatamente la triste prognosi non si avverò, e la mattina seguente trovai la donna più tranquilla, benchè ancora in gravissime condizioni, e travagliata per di più da nausea e da vomito insorti durante la notte. Si tolse il tampone e si fecero nuove irrigazioni di acqua

caldissima. Così trascorsero il primo giorno e i due successivi, nel secondo dei quali essendo la Pass.... apiretica, si tentò la elettrolisi, anche per cogliere l'occasione di studiare *de visu* le modificazioni che subiva il tumore; si infisse cioè la lancia di platino nel tumore ed un elettrodo di creta sulle pareti ventrali e coll'impiego di 42 elementi (apparecchio Chardin), si spinse la corrente fino ad arrivare a 200 milliampères. Durante la seduta che fu di cinque minuti non si verificò nessun accidente, solo il tumore protrudente dai genitali sembrava divenuto anemico, ma ad onta che fosse stata fatta la trasfissione *positiva*, subito dopo si verificò ancora emorragia che richiese il tamponamento.

Ciò fece desistere da ulteriori tentativi ed il giorno 5 il prof. Mangiagalli procedeva alla operazione. Dopo aver inutilmente fatto qualche tentativo col forcipe, mercè l'applicazione di numerose pinze di Schroeder riuscì a tirare del tutto all'esterno il tumore il quale trascinava dietro di sè l'utero invertito. Ciò fatto si applicò un laccio elastico sulla parte alta dell'utero e si snucleò il tumore, ma essendosi in tale manovra perforata la esile parete uterina resa quasi sottile membrana a livello del punto di impianto del tumore stesso, si praticò addirittura la sezione dell'utero a livello del collo uterino colla uguale tecnica descritta nella osservazione antecedente. Indi fu praticato il tamponamento della vagina con garza iodoformica e la malata fu posta a letto.

In poche parole, ecco il decorso post-operatorio: In quanto alle condizioni generali esse andarono migliorando, ma assai lentamente stante l'estremo grado di oligoemia in cui versava la donna, che subito dopo l'atto operativo fu colta da gravissima e ribelle diarrea. Si misero in pratica onde migliorare la crasi sanguigua le giornaliere inalazioni di ossigeno, le iniezioni di arseniato di ferro citro-ammoniacale solubile, lo strofanto, la caffeina e va dicendo e l'esito corrispose alle assidue cure. Il giorno 18 il laccio caduto, levate le suture, visto allo speculum il fondo della vagina presentava l'aspetto normale, cioè a dire il moncone uterino lasciava scorgere la propria *portio vaginalis*.

La donna fu dimessa dal Comparto addì 6 luglio e dopo qualche giornata trascorsa nella Sezione delle convalescenti, essa lasciava definitivamente l'Ospedale.

***

Delle due osservazioni riferite, l'una offre l'esempio di inversione uterina avvenuta in seguito al parto, così chiamata da taluni di origine ostetrica, la seconda invece appartiene a quelle originate dalla presenza

di tumori. Di quest' ultima non intendo occuparmi particolarmente, meno per quanto riguarda la origine.

Volendo paragonare la inversione uterina a quei formidabili accidenti che ponno accompagnare il parto, troviamo che essa deve essere considerata come accidente rarissimo. Il Fritsch (1) nello spazio di 17 anni nella clinica e nella pratica privata, non osservò che una sola volta la inversione, prodotta da un tumore del fondo della matrice.

Braun in Vienna sopra 250000 parti non osservò mai un caso di inversione, e secondo Thompson Lusk (2) ne esisterebbe un sol caso sopra 190000 parti avvenuti al « Rotunda Hospital di Dublino. »

L'Emmet la chiama pure affezione rarissima (3) tanto che il West non l'ebbe mai osservata, e da computi fatti col materiale di Maternità britanniche non l'avrebbe neppure trovata sopra un totale di 140000 parti. Beigel citato dal Pozzi (4) dietro ricerche statistiche avrebbe rinvenuta la inversione uterina, una volta sopra 190000 parti. Depaul in 18 anni non ebbe occasione di vederne neppure un sol caso nella clinica ostetrica della facoltà, ove avevano luogo annualmente numerosissimi parti. Lo Schroeder, concordando cogli altri sulla rarità della inversione, ammette che una volta accadeva più frequentemente, alloraquando le levatrici traevano senza misura sul cordone, e forse la scarsezza di tale accidente presso le Maternità ed istituti ostetrici può avere la spiegazione nel fatto, che quivi le levatrici sogliono essere più istrutte di quelle che esercitano la loro professione al di fuori e continuamente sotto la vigilanza dell'ostetrico.

Ma se i trattatisti sono concordi nell'ammettere l'affezione in discorso come accidente raro, tuttavia, scorrendo la letteratura, noi troviamo molte di tali osservazioni ed il Denucé nella parte storica del classico suo trattato sulla inversione uterina ce ne offre moltissimi esempi. Tra questi però la inversione totale completa figura come la più rara. Si opina esistere una triste predisposizione verso tale accidente, in ispecial modo nelle pluripare, ma non mancano però i casi in cui la inversione si produsse

---

(1) « Enciclopedia Pitha e Billroth. »

(2) « Traité des accouchements. »

(3) « La pratique des maladies des femmes. »

(4) « Traité de Gynécologie. » 1891.

dopo il primo parto e così due osservazioni riferisce il Depaul (1) ed una altra il Cazin. Hoin (2) tuttavia narra di un caso in cui l'inversione si era prodotta anche in un parto antecedente, e che di subito era stata ridotta; in ogni modo tale predisposizione non agirebbe sull'utero che allorquando esso fu disteso e rammollito da una successiva gravidanza; e lasciando da un canto le inversioni originate dai polipi (che quivi le cause devono essere cercate in altri fattori), la maggior parte delle inversioni trae la sua origine dal fatto della gravidanza; ed in vero Crosse (3) citato dal Pozzi, sopra 400 casi di inversione che potè raccogliere, ne classificò 350 di origine ostetrica, i rimanenti 50 erano consecutivi alla presenza di tumori fibromatosi.

Presso la partoriente la inversione può accadere in due momenti distinti, e cioè: 1.° nel momento della espulsione od estrazione del feto; 2.° nel momento del secondamento; generalmente è in questo periodo che l'accidente suole accadere. La massima parte delle osservazioni pubblicate e contenenti dettagli attendibili mostrano che quasi sempre la inversione fu succedanea ad interventi imprudenti od intempestivi per ottenere il secondamento. Ma condizione essenziale a ciò che la inversione si produca si è la inerzia della fibra uterina.

Data la distensione preliminare della cavità, si comprende come essa debba realmente favorire la invaginazione, volta che il viscere, vuoto in tutto od in parte, continui ad avere una certa mollezza o flacidità. Ma dato un tale stato dell' utero, è possibile, che pei soli (per quanto inconsiderati) premiti della donna onde ottenere la espulsione della placenta, si possa produrre in ragione della pressione delle intestina sul fondo dell' organo, dapprima la depressione, indi la invaginazione del fondo stesso, e come ultimo risultato il totale rovesciamento? La eccessiva importanza alla sola pressione endo-addominale, concepita e descritta da Galeno, indi posta nel dimenticatoio, risuscitata da Puzos e più tardi ancora da Leroux di Digione fino dal 1776, per combattere la teoria di Astruc sulla genesi della inversione per le contrazioni isolate del muscolo uterino (4), mi sembra da mettersi in più stretti confini,

---

(1) *Arch. Tocol.*, 1879.

(2) *Arch. Tocol.*, 1880.

(3) « An Essay litterary and pratical on inversio uteri. »

(4) DENUCÉ, § 2. « Histoire de la etiologie de l'inversion pendant le XVII et le XVIII siècle. »

poichè diversamente la inversione uterina si dovrebbe verificare più spesso di quanto non accada, pensando come l'inerzia uterina post-partum sia accidente frequentissimo, e pensando altresì al tempo talora lungo in cui un utero puerperale può mantenersi in uno stato di flacidità considerevole, e ciò in donne obbligate a lasciare il letto due o tre giorni dopo il parto, e forse anche ad accudire a non lievi lavori. D'altra parte, chi assistendo una donna nel secondamento, allora quando (ove il bisogno lo richiegga, per attivare la inerte fibra uterina), va praticando energiche frizioni sulla cupola del viscere, non avverte, od almeno in lievissimo grado una depressione, tale da metterlo in guardia contro una eventuale inversione. E notisi che nell'esempio addotto si avrebbero condizioni favorevolissime alla produzione del fenomeno, poichè le dita dell'ostetrico, il quale va soffregando e pigiando il fondo dell'utero, sono di certo in grado di determinare la depressione a *cul di bottiglia,* perchè appunto la pressione esercitata, viene trasmessa ad una sola porzione della cupola depressibile e da un corpo solido, quale è la mano, e non a tutto il globo uterino come fanno le soffici anse intestinali. Ed è appunto perciò che l'accusa mossa al metodo di Credè è priva di fondamento, come la dichiararono Schroeder, Martin ed altri ancora.

Vero è, che ad esempio nei casi inveterati di prolasso completo utero-vaginale complicato da cistocele e rettocele, riducendo la massa fuoruscente dai genitali esterni, essa può essere con tutta facilità respinta fuori al minimo sforzo, colla tosse, collo sternuto, i quali atti agiscono determinando una pressione endo-addominale che si sfoga, per così dire, verso il luogo di minore resistenza; ma in tal caso è una vera spinta sugli organi del piccolo bacino in massa, operata dalle intestina, ben diversa dalla problematica pressione sulla cupola uterina, e per meglio dire sovra una limitata zona di essa.

Nè ciò basta, poichè una donna che di recente abbia partorito, e meglio ancora se pluripara, presenta le pareti addominali floscie, avvizzite, cascanti in ragione dei reiterati sfiancamenti subìti col volgere delle gestazioni, i retti addominali spesse volte divaricati per ismagliature od assottigliamento delle aponeurosi, condizioni che vengono in gran parte a neutralizzare, per così dire, la pressione sugli organi contenuti nella pelvi pel mancato sostegno delle pareti addominali, — ne consegue che alla *sola* pressione endo-addominale devesi attribuire un valore ben limitato anche quando la trama uterina sia in preda a notevole grado di inerzia.

Tuttavia la pressione addominale deve essere valutata in giusta misura come necessaria alla produzione del fenomeno allorchè si accompagna ad altre peculiari circostanze.

Le trazioni praticate sul funicolo ritengonsi capaci di produrre la inversione dell'utero; e nella maggior parte dei trattati di ostetricia è fatta menzione del precetto di non ricorrere alle trazioni sul funicolo prima che la placenta abbia incominciato a discendere in vagina. Il secondamento può ritardare per motivi diversi, può ritardare per effetto d'inerzia, e lo può altresì per abnorme adesione della placenta alla superficie uterina.

È noto che esistono dei casi in cui per la persistenza delle connessioni utero-placentari, la secondina è siffattamente aderente alla superficie uterina, che anche con una mano introdotta nella cavità riesce impossibile lo stabilire il limite che divide il tessuto uterino dal placentare.

Queste due condizioni, di inerzia e di adesione abnorme, possono talora trovarsi associati.

Esaminiamo partitamente tre casi distinti. Se ci troviamo di fronte alla inerzia sola, e non esistono aderenze utero-placentari, la inversione è possibile. È superfluo l'aggiungere che se allo stato di inerzia si aggiunge la concomitanza della saldatura delle secondine, la inversione è possibile a maggior ragione. Se invece l'utero è abbastanza contratto e la placenta fortemente aderente, io credo che la inversione è assai problematica, per non dire impossibile. Ho detto che nelle prime due contingenze la inversione è possibile, *a patto però che il funicolo sopporti impunemente lo sforzo di trazione* sovra esso esercitato. Gli studi interessanti di Negrier (1), e quelli del prof. Cuzzi (2), istituiti sulla resistenza del funicolo alle trazioni vennero a dimostrare che esso può sopportare uno sforzo di circa Kg. 5. 150.

Ciò posto ne verrebbe di logica conseguenza che per ottenere l'arrovesciamento dell'utero colle trazioni sul funicolo, sarebbe sufficiente una forza inferiore a quella esposta, tenendo calcolo delle eventuali forze ausiliari operanti sulla superficie esterna dell'utero stesso. Ma allora

---

(1) « Annales d'hygiène publique. » Vol. XXV.

(2) Cuzzi. *Osservatore.* Torino, 1879.

sorge subito un'altra domanda: tale forza, ammesso pure che il funicolo resista, sarà essa capace di arrovesciare l'utero? Ecco un punto non ben chiarito della questione e sul quale la istituzione di esperienze non è molto agevole e prudente.

Alla stregua però dei fatti della pratica giornaliera, si potrebbe dubitare che tale forza sia sufficiente. Intanto è ripetuto nei trattati di ostetricia di non ricorrere alle trazioni sul funicolo, perchè esso eventualmente rompendosi (di regola verso la porzione placentare), non lascia altra risorsa che quella di un secondamento operato dalla mano introdotta nella cavità uterina. Ciò proverebbe che la rottura del funicolo dietro trazioni è fatto frequente; in altre parole cederebbe il cordone prima di prodursi un notevole grado di inversione, od in altri termini ancora, cedendo il cordone, è segno che la forza impiegata (Kg. 5.150), non è capace di introflettere il viscere nella maggior parte dei casi. Vero è che quivi potrebbesi recare in campo altri argomenti; cioè si potrebbe obbiettare che a diminuire la resistenza del funicolo contribuiscono in non lieve grado le varicosità della vena ombellicale, la diversa lunghezza dei vasi, la scarsezza della gelatina di Warthon, esprimentesi grossolanamente col diminuito volume del cordone, e non sarebbe da dimenticare, a parer mio, il diverso modo di impianto del cordone stesso sulla placenta, e cioè alla Benkiser oppure in maniera velamentosa.

Ma se da una parte vediamo per tali condizioni il funicolo perdere alquanto della propria resistenza, non devesi dimenticare, che specialmente nei casi di inerzia uterina, non si dovrebbe avere un gran dispendio di forza e le trazioni dal funicolo potrebbero reputarsi sufficienti; se un' altra forza, cioè quella impressa dall'esterno all'utero, viene a sommarsi colla prima.

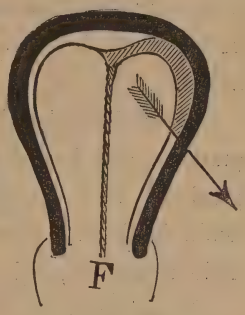
Anche lo Charpentier è d' avviso che le trazioni non ponno essere sufficienti a stabilire la inversione, convinto che prima di essa, dovrebbe accadere lo strappo del funicolo.

Ed anche pigliando la questione da un altro punto di vista, il fatto della rarità della inversione, sarebbe una prova che la invocata teoria della trazione sul funicolo non ha in realtà tutto quel valore che le si vorrebbe attribuire. E mi spiego. È proprio vero, è proprio accertato che il secondamento per trazioni sia manovra inusata, o raramente attuata, o temuta in onta ai precetti esposti nei trattati di ostetricia e nei ma-

nuali ad uso delle levatrici? Io non lo credo; sarà forse effetto di soverchio pessimismo, ma io sono convinto, che ad onta dell'odierno indirizzo dato all'insegnamento delle levatrici, pur troppo molte di esse sono ben lungi dal mettere in pratica gli insegnamenti ricevuti, e scorso qualche anno dalla conseguita abilitazione all'esercizio, costrette il più delle volte a cercarsi guadagno da un mestiere, vanno perdendo mano mano le proprie cognizioni e non resta che quella superficiale pratica della assistenza ai parti più o meno illuminata. Non sono rare ai nostri dì quelle che ancora diffondono i più puerili pregiudizii; non saranno rari i casi in cui esse ricorreranno alla trazione sul funicolo. Se si potesse stabilire una statistica esatta io credo che si troverebbe un numero rilevante di secondamenti conseguiti con tale manovra, o per lo meno un grande numero di tali tentativi. Del resto è cosa nota che il secondamento artificiale si compie assai più spesso nella pratica privata che non nelle cliniche, e secondo la relazione di Winkel si troverebbe che nella pratica privata il secondamento artificiale è operazione 10 volte più frequente, il che vale a dire che 9 volte su dieci è eseguita senza bisogno. Il Comparto diretto dal prof. Mangiagalli ricovera oltre alle forme ginecologiche anche le puerpere ammalate, e fra queste non di rado accade di trovare quelle che giungono appunto per mancato secondamento, nelle quali ci sorprende l'assenza del cordone, assenza dovuta necessariamente a rottura provocata da trazioni. Per ciò, ripeto, essendo la inversione uterina straordinariamente rara, giova credere che altre cause (in più delle già nominate) siano necessarie per la sua produzione.

Non va dimenticato, ho già detto, il modo di inserzione della placenta sull'utero, e quello del funicolo sulla placenta. Allorchè la placenta è inserita tenacemente sulla cupula uterina ed il cordone supposto resistente va alla parte centrale, e l'utero inerte, si avrà la condizione più opportuna per l'arrovesciamento del fondo; la forza trasmessa dal funicolo alla placenta si irradia per così dire dal centro verso la periferia del disco placentare in modo uguale e decrescente eccentricamente. Il punto in cui agisce maggiore quantità di forza dovrà essere il punto immediatamente al di dietro della inserzione funicolare, è quivi che a trazione iniziata si avrà la prima espressione dell'effetto utile della forza, è quivi che si stabilirà l'inizio della depressione, e che rimarrà il punto più declive dell'infossamento a cul di bottiglia.

Ho detto che con tale inserzione la introflessione accadrà in modo simmetrico: infatti la cupola uterina obbligata ad invaginarsi secondo dei circoli concentrici rispettivamente al funicolo, troverà le condizioni più opportune alla completa produzione del fenomeno, specialmente quando per le continuate trazioni, essa sarà obbligata ad impegnarsi nella parte inferiore dell' utero. Oltre a ciò la invaginazione si compie in direzione della filiera pelvica. Ogni altra inserzione nella zona superiore non disporrà così favorevolmente l'utero alla inversione, e quanto più l' inserzione funicolare si avvicinerà all' equatore uterino, tanto minori saranno le probabilità della riuscita. Nel caso di placenta *a racchetta* vanno considerate diverse possibilità. Quivi, per la inserzione eccentrica del funicolo, anche trovandosi la placenta in gran parte adesa alla zona inferiore la inversione teoricamente è possibile, purchè il bordo placentare a cui mette capo il funicolo, corrisponda ad un punto della zona superiore. Nel caso poi che tale punto venisse precisamente a corrispondere al centro della cupola uterina si comprende facilmente come dovrebbe esistere la condizione più felice (vedi figura).



Se non che, anche in simile circostanza, bene esaminando troviamo che, astrazione fatta dalla diminuita resistenza del cordone (Cuzzi), l' inserzione del cordone al centro non offre maggiori probabilità alla inversione. Le trazioni del cordone trasmesse, si distribuiscono in parte sul bordo del disco placentare tangenzialmente, ed in parte sulle membrane e quivi sarà facile il distacco. Ed in allora le trazioni vengono ad essere esercitate in direzione tale da obbligare la porzione di placenta vicina al funicolo a distaccarsi abbassandosi secondo la risultante della forza traente e della forza di resistenza. Ammesso poi che per il meccanismo dello scollamento placentare sia più attendibile la teoria emessa dal Duncan della classica antica teoria di Baudelocque e rimessa in onore dallo Schultze, si comprende, che data la placenta di Benkiser ubicata nel modo più favorevole per la inversione uterina, le trazioni operate sul cordone (supposto resistente) arriverebbero prima a distaccarla anzichè a trascinarla in basso colla parete uterina.

Il Fehling è d' avviso che il meccanismo dello scollamento della placenta esposto dal Duncan sia il normale, e che quello di Baudelocque

si osservi solo in quei casi ove volontariamente od involontariamente il cordone fu stirato.

Si troverebbero quindi uniti, nell' esempio portato, i due momenti causali del distacco. Ma ammesso pure che in una donna appena espulso il feto si avveri la concomitanza di tutti i prefati momenti causali, cioè a dire l'inerzia, la pressione endoaddominale, la adesione abnorme della placenta al fondo, la resistenza del funicolo inserto al centro della focaccia placentare, sarà proprio così agevole di produrre la inversione esercitando le trazioni sul cordone ombellicale? Quivi è d' uopo aprire una parentesi per chiarire il significato di taluni vocaboli che sono in uso per distinguere i diversi gradi di inversione.

Taluni, e fra questi Schroeder Martin, sogliono distinguere la inversione in *completa* ed in *incompleta* a seconda che il fondo uterino rimane o no al di sopra dell'orificio uterino esterno, riservando la denominazione di *prolapsus uteri inversi* ai casi più marcati, là dove l' utero completamente arrovesciato esce fuori dai genitali esterni. Leroux ha ammesso tre gradi di inversione e questa divisione fu accettata quasi generalmente.

Tuttavia Delpech (1) troverebbe più utile dividere la inversione in quattro gradi ben definiti, e ciò avuto riguardo alla diagnosi, alla prognosi ed alla terapia, perchè questi gradi possono essere successivi, cominciando la malattia dal grado più lieve e passare lentamente, od in modo repentino, agli stadi succcessivi.

Il *primo grado* è la semplice depressione del fondo dell' utero divenuto concavo da convesso che era; l' infossamento del fondo può essere emisferico, ed avere una direzione perpendicolare all'asse del viscere, oppure anche elittico. Nel *secondo grado* l'utero o meglio il corpo è arrovesciato all'indentro e si è spinto nella cavità del collo, e fa capolino dall'allargato muso di tinca. Nel *terzo grado* anche il collo è trascinato da questa evoluzione, alla quale soltanto ha potuto sfuggire il muso di tinca. *In allora l'utero trovasi nella vagina sotto la forma di un tumore stipato e come strozzato alla sua parte più alta dall'orifizio utero-vaginale arrotondato.* Il *quarto grado* mostra anche questo anello circolare arrovesciato non solo, ma anche la stessa vagina compartecipa

(1) « Précis des mal réputées chir. » T. 3.

alla inversione, poichè essa si trova in parte arrovesciata come nei casi di prolasso. È in questo 4.° grado che l'utero viene a protrudere dai genitali esterni ed a pendere fra le coscie della donna; e solo a questi 2 ultimi gradi competerebbe l'apellativo di inversione totale, poichè infatti la faccia peritoneale del viscere di esterna che era (rispetto alla superficie) si è fatta interna, il fondo è divenuto la parte più bassa invece di essere come prima la più elevata.

Pozzi (1) dice che i diversi gradi classici stabiliti dagli autori non hanno che un interesse teorico. La distinzione di inversione completa ed incompleta non la crede più importante, *le renversement complet, celui où il n'existe plus de rebord dû à la saillie cervicale, est tellement rare qu'on n'en cite que des exemples contestés; ils ne meritent pas qu'on crée pour eux une classe speciale. La seule division utile est celle de l'inversion simple el de l'inversion avec prolapsus.*

Non so capire perchè l'illustre ginecologo non voglia attribuire che un interesse teorico ai primi gradi della inversione, egli ha un bel dire che essi sfuggono ordinariamente alla osservazione, e possono del resto non essere che temporanei, ma sta però il fatto che tali stadi esistono, sta il fatto che è da essi che si passa alla produzione totale della inversione, e nel caso pratico sta appunto nella conoscenza dei primi gradi la opportunità o meno e la diversità di un intervento.

Ma, chiusa la parentesi, visti i diversi gradi descritti, rifaccio la domanda: date le più favorevoli circostanze suaccennate, sarà proprio agevole il produrre la inversione esercitando trazioni sul cordone ombellicale?

Pei primi gradi si può senza alcun dubbio dare una risposta affermativa, l'invaginamento della parte alta espresso da Mauriceau colla frase invaginamento a *cul di bottiglia* può benissimo prodursi, e forse anche semplicemente per la sola inerzia uterina, e ciò è ovvio, ma mano mano che la parte alta dell'utero sarà trascinata in basso, obbligata a forzare l'orificio andrà sempre più incontrando ostacoli. È questo il punto sul quale io credo non siasi sufficientemente rivolta l'attenzione e nel quale risiede la causa da cui può dipendere la possibilità della produzione della vera inversione, intesa nello stretto senso della parola, cioè

(1) Pozzi, loco citato.

a dire allora quando la massima parte dell' utero invaginato ha sorpassato l'orificio esterno. Lo stato di ampiezza, di dilatabilità del segmento inferiore, io credo debba avere una importanza massima, e tale stato va messo in rapporto colla totale inerzia già accennata. Il collo uterino in grazia degli stiramenti cui fu assoggettato il segmento inferiore per il passaggio della testa fetale, si sente allungato assai, nelle prime ore di puerperio, e ciò aumenta la distanza fra l'orificio uterino interno che si va rifacendo, e l'orificio uterino esterno. Interessante sotto tale riguardo sarebbe di studiare lo stato del segmento inferiore e degli orifici nelle diverse modalità di presentazioni, e se alcune di queste per avventura mostrassero predisporre coll' ampiezza eccessiva degli orifici alla affezione in discorso. La esplorazione nelle prime ore di puerperio fa sentire la vagina assai floscia, il collo uterino molle e poco distinguibile, gli orifici per quanto ristretti permettono facile passaggio al dito esploratore il quale più in alto ancora arriva a distinguere nettamente il cercine di contrazione di Bandl.

Essendo così floscio il collo uterino nella neopuerpera, è naturale che esso abbia a seguire la direzione della vagina, quindi formerà un angolo più o meno acuto (aperto anteriormente), col corpo che è fissato contro la parete anteriore dell' addome per la retrazione dei legamenti rotondi. Ne consegue quindi una antiflessione, che come è noto è la posizione fisiologica dell' utero puerperale. Se non che per l'inerzia della fibra tale complesso di cose non si avvera o si avvera solo in parte, ed il lume vaginale potrà trovarsi sul prolungamento di quello uterino, favorendo così il rovesciamento. Nel secondamento naturale la placenta il più delle volte è accartocciata in senso longitudinale, e presentasi per il bordo alla bocca uterina da cui viene facilmente cacciata, ma in qualunque maniera essa si presenta, passa sempre con facilità perchè da dove è passato un feto poco tempo prima, dovrà passare senza difficoltà alcuna eziandio la focaccia placentare. Tuttavia per produrre la inversione stirando sul funicolo sarà necessario che l'orificio si dilati ancora di più per l' aumentato spessore inerente alle pareti uterine, che fanno corpo colla secondina, e forse senza una abnorme ampiezza primitiva di tale orificio, o senza una assoluta inerzia anche del segmento inferiore, la cosa può non essere così agevole, come a tutta prima potrebbe sembrare.

E quivi per chiarire il mio dire, mi gioverò di un esempio. Se si

piglia una pera di gomma elastica, di quelle comunemente usate per medicazioni, alla quale sia tolto il cercine di osso entro cui si innesta la cannula, e con una pinza introdotta in cavità, tentiamo (uncinato il fondo), di riprodurre il meccanismo della inversione uterina per trazioni sul funicolo, di subito ci accorgiamo, che se è agevole di ottenere l'invaginamento della cupola, la cosa muta di aspetto, se tentiamo di forzare l'apertura della pera, o per dire meglio tentiamo di arrovesciare totalmente la pera attraverso la sua bocca: e le difficoltà saranno sempre maggiori, quanto più la bocca sarà ristretta. Per l'utero dovrà accadere qualche cosa di simile; che se poi si obbiettasse che la bocca uterina è più larga proporzionatamente a quella della pera, si potrebbe rispondere che nel caso della inversione uterina per stiramento del funicolo (a placenta adesa), si hanno altre peculiarità anatomiche capaci di compensare tale differenza.

Infatti la cupola uterina suole essere più spessa, la cupola uterina ha un diametro maggiore, ed è ovvio che lo sgusciamento di essa attraverso all'orificio, per quanto dilatato o dilatabile in ragione del fresco passaggio del feto, debba esigere uno sforzo non comune, e che forse il funicolo non riuscirebbe a sopportare; oltre a ciò la placenta aderente viene col proprio spessore sommato a quello delle pareti uterine ad aumentare di non poco il cono che cerca di impegnarsi nell'orificio, creando una fonte di novelli ostacoli. Se l'inerzia adunque, e l'inerzia del collo in ispeciale modo persiste, sarà altrettanto più facile la inversione, la quale a mio credere sarebbe assai più frequente, se oltre agli altri momenti eziologici comunemente accennati, non trovasse questa barriera degli orifici, che la limita alla semplice depressione più o meno profonda.

Ed una prova che ciò che esposi non si limita al puro ed astratto campo delle ipotesi, sta nel fatto delle difficoltà che si incontrano nella riduzione del viscere allorchè questo è completamente invertito. Poichè gli autori sono d'accordo nell'ammettere, che tali difficoltà risiedono nel punto in cui la massa deve passare attraverso alla bocca colla zona avente il maggiore diametro; passato tale ostacolo l'utero è ridotto.

Ed infatti è noto che le inversioni puerperali recenti sono di riduzione assai più facile in confronto di quelle inveterate, e la ragione di ciò sta appunto nelle condizioni del collo e del segmento inferiore, i quali non hanno ancora subìto che un lieve grado di involuzione e quindi non hanno ancora ristretto il lume delle loro aperture e cavità. Nella

osservazione da me citata, benchè trascorsi alcuni giorni dal parto, la riduzione dell'utero era facilissima, nessun ostacolo si opponeva a livello dell'orificio uterino, ma appunto per tale mancato sostegno vedevasi di subito ripristinare la inversione, che indubbiamente era prodotta dalla pressione intestinale. Alla ampiezza adunque dell'orificio, io credo debbasi attribuire un grandissimo valore, tanto più quando tale ampiezza è l'espressione di una totale ed assoluta inerzia.

Hunter, Dugès, Courty, Schroeder, Emmet, sono d'avviso che determinatasi una depressione del fondo uterino, le contrazioni eventualmente insorgenti possono cacciare innanzi a sè l'infundibolo così formato, ed obbligarlo mano mano a discendere e ad impegnarsi vieppiù nella zona inferiore e sorpassare l'orificio coll'esito finale della inversione. Si avrebbe così una specie di inversione spontanea. È questa l'antica teoria di Astruc (1), il quale aveva in vero palesata altresì la importanza della ampiezza dell'orificio uterino. Egli dice (pag. 276): *Le renversement vient quelquefois des agitations convulsives de la matrice après un accouchement laborieux qui en poussent le fond par l'orifice encore ouvert, à peu près comme les contractions entrecoupées de l'intestin, dans les violentes coliques, poussent une partie supérieure dans l'inférieure, et tantôt l'inférieure dans la supérieure, ce qui donne lieu à la passion iliaque.*

Per quanto tale asserto sia basato su fondamento logico e razionale, tuttavia analizzato sembrami essere suscettibile di non poche obbiezioni, e parmi non possa essere generalizzato alle inversioni d'origine puerperale *a meno che non esista un polipo del fondo contemporaneamente allo stato di puerperio.* Infatti si capisce tale meccanismo quando la inversione è prodotta da un tumore. La porzione di utero che serve di base al fibroma e che è costituita da tessuto primitivamente normale, si atrofizza, in seguito alla pressione esercitata dal tumore, mostrando manifesti segni di degenerazione adiposa. In allora in grembo al tessuto resistente contrattile uterino si trova formata una zona inerte.

Il tumore che pesca nella cavità uterina è cacciato verso l'orificio vuoi dal proprio peso, vuoi dalla contrazione uterina, è un vero parto del tumore che subisce l'impegno starei per dire della parte che suc-

---

(1) « Traité des maladies des femmes. »

cessivamente viene cacciata in alto. Ed è appunto al lento e costante lavoro di tali contrazioni, che l'orificio a poco a poco si lascia dilatare, e che il tumore penetra nel canal cervicale, le parti adiacenti della parete uterina si trovano alla loro volta trascinate e gradatamente si produce una inversione completa. Questo è il meccanismo delle inversioni per tumori, ed indubbiamente è quello che si è verificato nella donna la cui istoria fu esposta nella osservazione seconda; ma ripeto, nel caso in cui non vi sieno polipi, io credo che le così dette *contrazioni irregolari* (in uteri puerperali) non possano dar luogo alla inversione totale, a meno che questa non sia già iniziata in grado elevato per altre cause.

La denominazione di *contrazioni irregolari fascicolari* che l'Emmet farebbe credere di proprio conio, noi la troviamo già nel trattato di Dugès. Solo il ginecologo americano vorrebbe tali contrazioni irregolari fascicolari *indipendenti dal tessuto muscolare* (1).

Confesso che non so comprendere una contrazione qualsiasi indipendente dall'elemento contrattile muscolare, in un organo composto esclusivamente o quasi da elementi muscolari. La cavità uterina nello stato di vacuità è una cavità presso che virtuale, ed i strati muscolari che compongono le pareti sono disposti in tale modo, che la risultante delle molteplici azioni contrattili dei sistemi di fibre deve agire coll'effetto finale di un rimpicciolimento della cavità stessa, espressione del potere espulsivo. Le fibre uterine, sappiamo essere disposte in tre strati, esterno medio ed interno, ma la intricata loro disposizione, non ci riproduce in alcuno dei tre strati accennati quella che ad esempio noi troviamo nello stomaco, nell'intestino, noi non troviamo un vero sistema di fibre circolari, disposte trasversalmente capaci di darci, come credeva l'Astruc, un moto vermicolare che dal fondo si potesse iniziare e via via propagarsi per finire alla bocca uterina! Solo con una palese ed accertata simile azione contrattile potrebbe avvenire l'invaginamento dell'utero.

La denominazione di contrazioni irregolari è troppo vaga, troppo indeterminata e d'altronde supponendo realmente verificarsi tali irregolari contrazioni, resterebbe sempre a dimostrare come possano essere capaci di effettuare la inversione in modo spontaneo, e dirò meglio dar

(1) Loco cit., versione francese, 1887, pag. 401.

luogo ad essa se già per altre cause non fu iniziata. Già il Deuman ed il Crosse citati dal Denucé hanno provato che ciò è inaccettabile ed in contraddizione coi dati più elementari anatomici riguardo alla struttura dell'utero ed ai dati della geometria.

Ma se già iniziata evvi una depressione del fondo?

Immaginiamo un utero che di recente abbia partorito, immaginiamoci che esso per una causa qualunque abbia una depressione del fondo in corrispondenza della zona placentare, immaginiamo che una anomala preponderanza di fibre circolari (?) risvegli la propria attività rimanendo inerti gli altri sistemi, che accadrà in allora?

È dimostrato che le contrazioni uterine partono dal fondo e si vanno mano mano portando in basso, per la qual cosa nell'esempio addotto, ammessa anche una assoluta paralisi della zona placentare, si avrà dapprima detta zona sotto una contrazione concentrica partente dalla sua periferia, contrazione, che se la depressione è notevole sarà capace di far progredire la invertita cupola nel suo cammino discendente. — Siccome ho detto che le contrazioni dal fondo vanno a perdersi al collo uterino, ne conseguirà altresì che, data la suddetta disposizione, mano mano che la contrazione verrà portandosi alla zona inferiore, le pareti uterine verranno mutuamente ad addossarsi, stringendo fra di esse la porzione inerte invaginata; e continuando la contrazione nel suo cammino discendente, verrà un momento in cui le pareti uterine contraentisi nulla stringeranno fra di esse, e la porzione inerte invaginata e la limitrofa zona (già in via di pausa della contrazione) verrà come sospinta in alto per l'effetto del segmento inferiore uterino, che ultimo a contrarsi costituirà come un sostegno alla sovrastante massa. Soltanto nel caso in cui si avesse la inversione uterina già iniziata, cioè a dire soltanto nel caso in cui una metà del viscere si fosse già impegnato attraverso all'orificio, e quivi rimanesse costretta, potrebbe accadere il totale rovesciamento, in virtù di una contrazione; perchè in allora la contrazione del fondo, cioè di tutta la parte già pescante in vagina, determinerebbe una diminuzione di volume della massa che agevolerebbe dapprima un maggiore impegno attraverso l'orificio; indi progredendo la contrazione ascendente, essa avrebbe ancora di più agio in cotal discesa, fissata poi dal rinserrarsi dell'ultima porzione dell'utero. In una parola, per effettuarsi un tale modo di inversione spontanea, per così differenziarla da quelle provocate per manovre onde ottenere il secondamento, si avrebbe

mestieri di circostanze speciali, e in primo luogo l'ampiezza dell'orificio esterno che permetta al fondo di impegnarsi attraverso alla sua bocca, costituendo così una inversione già in atto.

Considerando tali contrazioni nei diversi gradi di inversione, appare chiarissima la possibilità o meno dell'arrovesciamento. Nei primi gradi allorquando si ha solo la depressione a cul di bottiglia, la contrazione sarà solo discedente rispetto all'utero, e l'effetto sarà una diminuzione del lume della cavità (fig. *a*) e la parte invaginata salirà in alto anzichè scendere in basso.

Nei casi più avanzati (fig. *b*), in cui il fondo fa capolino o quasi dall'orificio, avremo dapprima colle contrazioni ascendenti del fondo e

Fig. *a*. Fig. *b*. Fig. *c*.

della parte invaginata, un rimpicciolimento ed una consecutiva progressione verso il basso attraverso l'orificio stesso, ma arrivata la contrazione al punto in cui da ascendente si fa orizzontale, il fondo tornerà al posto di prima, cioè rientrerà nella cavità, e sarà in seguito sospinto in alto verificandosi le condizioni del caso precedente.

Se invece, per altre cause che l'abbiano iniziata e che la mantengano, la inversione ha già raggiunto un grado tale, che una buona parte della cupola è al di fuori dell'orificio e pesca in vagina (fig. *c*), in allora è ovvio che la contrazione insorgente dal fondo possa portare la inversione all'estremo grado, poichè quivi la azione contrattile ascendente è la maggiore, maggiore ne sarà altresì l'effetto della discesa. L'azione della contrazione trasversale non è capace di far retrocedere la massa, e quella della discendente stringerà la porzione invaginata spingendola vieppiù in basso.

***

Da tutto quando venni esponendo parmi che per la produzione della inversione uterina *puerperale* non si possa (o per lo meno nella maggior parte dei casi) invocare una sola causa, lasciando pur da parte le disponenti, ma sibbene sia necessario che parecchie efficienti od occasionali consociate operino simultaneamente ed in momenti successivi. Riassumendo:

1.° Condizione necessaria per la produzione del fenomeno si è la inerzia dell'utero e *specialmente del segmento inferiore, il quale deve avere l'orificio assai dilatato e dilatabile.*

2.° La *sola* pressione addominale trasmessa dalle intestina alla superficie esterna dell'utero per quanto in preda ad inerzia è una causa assai problematica della inversione uterina puerperale.

3.° Le trazioni operate sulla superficie interna dell'utero pel tramite del cordone ombellicale non sono capaci, in generale, di produrre la inversione completa, da sole, e presuppongono condizioni speciali da parte del funicolo della placenta, e speciale ubicazione di impianto della focaccia placentare e le condizioni segnate al n. 1 e 2.

4.° La inversione spontanea per contrazioni irregolari è da porsi in dubbio. Tali contrazioni, che a tutto rigore non sarebbero per nulla affatto irregolari, nel concetto dell'Astruc, possono completare l'inversione qualora essa sia già stata iniziata per altre cause.

5.° La rarità di tale affezione si spiega appunto col fatto della necessità di una concomitanza di molteplici e peculiari momenti causali.

Ed ora qualche considerazione sulla cura istituita.

Non intendo passare in rassegna i molteplici mezzi escogitati per ridurre l'inversione, nè i diversi strumenti inventati a sostituire la mano dell'operatore, strumenti che la pratica ha dimostrato di una assai problematica efficacia; ciò mi porterebbe assai per le lunghe, del resto tutti tali metodi sono diffusamente esposti in parecchi trattati di ginecologia, alcuni dei quali vi consacrano uno speciale capitolo. Mi fermerò solo sulla tecnica della amputazione od isterotomia esterna.

La prima cosa a fare, sono d'accordo gli autori, si è la riduzione,

che sarà tanto più facile quanto più immediata. Ma anche se immediata, non in tutte le contingenze il taxis è applicabile, esso può riuscire inutile e dannoso aumentando le sofferenze morali e fisiche della paziente ed a ragione l'Hue (1) esprime la propria convinzione che nei casi di completa inversione l'operatore sarà obbligato « *souvent si non toujours* » di ricorrere alla amputazione dell'organo; e benchè il Barnes iscriva, che praticando tale operazione è quanto confessare la nostra impotenza nella risoluzione del problema, tuttavia tale asserto non va generalizzato. Infatti nella nostra prima osservazione, che vedemmo d'origine puerperale, la riduzione benchè facile ad ottenersi, pure non si manteneva, e la riposizione del viscere, ripeto, era facile ad onta che fossero scorsi parecchi giorni dalla sua origine.

In ciò noi non vediamo altro che una chiara espressione della ampiezza dell'orificio esterno. La malata essendo quasi senza polso, piombata in grave colasso, continuando lieve, ma ostinata la emorragia, non era prudente il praticare ulteriori tentativi, nè mettere in atto quei mezzi, che avrebbero potuto costringere l'utero a mantenere la posizione impostagli. D'altra parte il colore ardesiaco della superficie mucosa, l'icore che ne colava, la febbre elevata autorizzavano ad un intervento attivo, non potendo certo in quel momento fare a fidanza colla cauterizzazione della mucosa nella speranza di vedere così debellata la incipiente setticoemia ed inaridita la fonte emorragica. Se diverse fossero state le condizioni generali della paziente, forse si sarebbe potuto tentare tale terapeutica ed attendere più tardi il momento opportuno per la riduzione e la conservazione dell'organo, ma ripeto, il complesso dei sintomi, che minacciavano la esistenza della ammalata fece decidere per la ablazione dell'utero. Oltre adunque alla imponente sintomatologia propria della inversione, la condizione era aggravata dalla setticoemia, che per sè poteva indicare il trattamento radicale, e l'esito corrispose alle speranze.

La cura della setticoemia puerperale colla ablazione dell'utero non è cosa nuova, ne abbiamo un caso dettagliato di Schultze (2), che praticò l'amputazione utero-ovarica alla Porro, e lo stesso prof. Mangiagalli con

---

(1) *Bulletins de la Société de Chirurgie,* 1880.

(2) *Deutste. Medic. Wochenscrift,* 1886, N. 44, pag. 769.

esito felice operava di isterectomia vaginale una donna affetta da setticoemia puerperale che presentava enorme prolasso uterino (1).

Mutatis mutandis, ciò che accadde per la prima delle nostre ricoverate, accadde altresì per la seconda. Quivi la inversione era dovuta come fu visto, alla presenza di un tumore fibroso del fondo dell'utero, il quale era tanto assottigliato là ove dava impianto al neoplasma che nella manovra del distacco avvenne una rottura della parete. Anche di questa paziente vedemmo le condizioni disperate, e di entrambe il felice risultato ottenuto dalla amputazione od isterotomia esterna.

Scrive il Martin (2), che la mortalità considerevole data dalla amputazione dell' utero, mostra che essa è una operazione assai pericolosa, ed il pericolo risulta in parte dalla estensione considerevole delle lesioni legate ai ripetuti tentativi di riduzione, ed in parte dalle abbondantissime emorragie impossibili ad essere frenate, poichè dopo la escisione le rigide pareti del collo subiscono una immediata retrazione dirigendosi la cruentata superficie verso la cavità addominale.

Nell' inesauribile trattato di Denucé noi troviamo assai dettagliata la storia della amputazione dell' utero inverso per escisione; la prima *vera* osservazione spetta ad Ambrogio Pareo, e rimonta alla fine del XVI secolo. Seguono poscia nove altre osservazioni raccolte (fra il XVII ed il XVIII secolo), di cui sei seguite da guarigione. Ne deriva, che se tali furono i risultati in quei tempi, la chirurgia moderna coll'aiuto dell' antisepsi e della emostasi, non dovrebbe rifiutare la isterotomia, sicura di ottenere risultati ancora migliori.

Infatti la tecnica della isterotomia venne mano mano perfezionandosi a misura che la chirurgia faceva nuovi acquisti. Così sorta nel 1767 per opera di Faivre de Vesoul, la legatura come mezzo di togliere l' utero invertito, vediamo ben presto Hunter e Dumbarton nel 1799 e poscia Clarke nel 1803 praticare la escisione previa legatura, senza poi far seguire alcuna sutura. Essi credettero di amputare l' utero colla legatura, la escisione la considerarono come complemento.

Tuttavia queste due osservazioni sono assai importanti e segnano un progresso reale, tendendo tale metodo di escisione, preceduto dalla

---

(1) Mangiagalli. « Rendic. statistico del Comparto ginecol., anno 1890. » *Ann. di Ost. e Gin.*, 1891.

(2) « Traité clinique des malad. des femmes. » Trad. franc., 1889.

legatura, ad ovviare agli inconvenienti dello sfacelo della porzione uterina al disotto del laccio, con tutte le eventuali sue disastrose conseguenze. Notisi che fino a quei tempi la legatura era eseguita con un filo o nastro qualsiasi, era la così detta legatura fissa, od a pressione unica, eseguita in un sol tempo, ed in cui si faceva il nodo definitivo, la cui azione in realtà era decrescente pel rilasciamento nella costrizione indotto dall' assottigliamento del peduncolo. Tra la osservazione di Hunter e quella di Clarke, abbiamo per altro una osservazione di Desault e Baudelocque i quali praticarono la legatura fissa, ma doppia, cioè a dire frazionata, trapassando il peduncolo con un ago munito di doppio filo.

Nel 1843 troviamo una vera modificazione dell' atto operativo, tale modificazione spetta ad Higgins (1). *La malade ayant été placée comme pour la lithotomie, il fit tirer l'utérus en bas et entoura le vagin aussi haut que possible avec un ruban aplati, puis l'ayant serré il excisa immédiatement au dessous l'utérus tout entier avec un bistorì. Ceci fut exécuté en quelques secondes et sans hémorrhagie. Après avoir introduit un spéculum à deux valves, passa trois points de suture à travers les tissus à peu de distance du bord divisé.* — Tale osservazione è assai interessante poichè noi vediamo l' impiego della legatura come emostasi, non solo, ma altresì l' aggiunta della sutura, il che costituisce un vero e nuovo importante processo. Quasi contemporaneamente Velpeau (2), operava una donna affetta da inversione colle regole così tracciate: *La matrice sera saisie avec des pinces et des érignes implantées dans sa substance, et l'organe sera lentement amené au dehors. Alors nous la traverserons dans sa racine, avec deux ou trois gros liens. Ces liens ainsi placés d'un côté à l'autre agiront en se reunissant en avant comme le fait la suture qu'on emploie dans le bec-de-lièvre, par exemple; ils auront pour but de produire le rapprochement des surfaces vives, et il nous a semblé que de la sorte nous nous mettrions à l'abri de l'hémorragie.*

Higgins praticò la sutura ad utero esciso, sul moncone strozzato dal nastro, da Velpeau invece fu esegnita prima la trasfissione cogli aghi, il che è importante di accennare onde stabilire la priorità di un

---

(1) Higgins. *Gaz. Med.*, 1850, p. 309.

(2) Leçon clinique. *Gaz. des Hôp.*, septembre 1844.

processo, che altri, con molta analogia di intenti, tenterebbero posteriormente di attribuirsi, come vedremo fra poco.

La legatura seguita dalla escisione con sorti varie continua ad essere praticata (1), ma nel 1848 per opera di Hublier de Provins (2), abbiamo un altro progresso nella tecnica. Trattavasi di una inversione completa.

..... *l'operation s'est composée d'une double ligature passée à travers le vagin au-dessus du col, et de l'excision des parties situées au-dessous, pratiquée d'avant en arrière, mais avant de placer les ligatures, il était important de s'assurer que l'intérieur du cul-de-sac formé par le vagin et la matrice ne contenait pas d'intestin. — Aussi une incision préalable a été faite sur le corps de l'utérus de haut en bas de manière à permettre l'introduction du doigt jusque dans le vagin. C'est après cette exploration, qui a donné tout certitude sur l'absence de l'intestin dans la tumeur qu'il fallait enlever, que la double ligature a été placée.*

La parte importante di questa osservazione si è che il chirurgo, prima di procedere alla ablazione, vuole accertarsi che nessuna porzione di intestino è compresa nell' infundibulo. È la prima volta che appare tale preoccupazione.

Alla legatura fissa a pressione unica viene sostituita la *legatura progressiva, a pressione ripetuta*, ma quivi gli operatori non procedono alla escisione, ma bensì aspettano lo spontaneo distacco; quindi se il metodo è perfezionato, tuttavia, bisogna confessarlo, segna un passo di regresso. Quivi infatti scemano le abilità operatorie, una volta che la legatura è posta, e successivamente rinserrata, tutto si affida al caso; ed anche con questo metodo si corre il rischio di strozzare l' intestino nell' infundibolo, con tutte le funeste conseguenze. Ed invero fa meraviglia come tale accidente non siasi mai verificato, o per lo meno accennato.

Il processo della legatura a pressione continua od elastica sorge nel 1874 per opera di Courty (3), appunto in quell'epoca nella quale l' impiego dei lacci di caoutchouc avevano reso già ottimi servigi ed al Belli, ed allo Scarenzio nella ablazione di polipi. Il Denucé ne offre 14 casi dal 1874 al 1882. In tre soli di essi noi vediamo la amputazione al di sotto del laccio. Uno spetta al Corradi di Firenze (4), il quale 20

(1) Vedi Denucé.
(2) *Bullet. Acad. méd.*, t. XIII, 2 partie, 1847-48.
(3) *Annales de Gynécologie*, 1876.
(4) *Lo Sperimentale*, agosto 1876.

ore dopo aver posto un laccio elastico amputò l'utero invertito col coltello galvanico, e tolse poscia la legatura. La seconda spetta a Spencer Wells nel 1877 (1). Egli infisse due aghi in croce attraverso al peduncolo, al disopra degli aghi pose un laccio elastico ed amputò l'utero al disotto degli aghi col termo-cauterio. La terza osservazione è quella di Kroner nel 1882 (2). Egli amputò l'utero dopo 7 giorni. Ma da ciò chiaramente appare, che Corradi, Wells e Kroner, se tolsero l'utero, fu solo per evitare lo spontaneo distacco, e lo sfacelo, non fu escisione, ma fu la legatura il processo impiegato.

Nessuno fa cenno della precauzione adottata da Hublier de Provins. Fra le altre 11 osservazioni abbiamo quelle di Perier, il quale ha un metodo proprio, recentemente vantato dal Pozzi nel suo trattato di ginecologia. In tale metodo, detto *legatura a trazione elastica* la costrizione dell'utero è operata da un robusto filo di seta che a sua volta subisce una trazione per mezzo di un anello di caoutchouc fissato successivamente nelle scanellature da un port'ansa. Ma tale metodo non è che una modificazione degli antichi (schiacciatore, clamp serranodi) e si affida allo spontaneo distacco della porzione uterina che sta disotto al laccio, accompagnato da quell'insieme di fenomeni che sogliono andare di pari passo collo sfacelo dell'organo, oltre a ciò come tutti i metodi di legatura agisce alla cieca per riguardo a quanto possa essere eventualmente contenuto nell'infundibolo uterino, per le quali ragioni anche il metodo di Perier sembrami possa essere posto « *parmi les procedés archaiques qui doivant être abandonnes quoiqu'ils puissent, bien employés donner des succes.* » (Pozzi).

Dalle statistiche portate dal Denucé appare chiaramente che la isterotomia mediante la legatura elastica è quella che diede il minimo di mortalità. Ecco i prospetti:

Per le inversioni puerperali.

Escisione	Mortalità	41. 66 0[0
Schiacciamento lineare . .	»	18. 75 »

(1) *Arch. f. Gyn.*, Band. XVI, Heft. 2.

(2) Vedi DENUCÉ.

Cauterizzazione	Mortalità	50. —	0[0
Legatura fissa	»	33. —	»
» progressiva . . .	»	18. —	»
» elastica	»	8. —	»

Per le inversioni polipose.

Escisione	Mortalità	14. 28	0[0
Schiacciamento lineare . .	»	28. 57	»
Cauterizzazione	»	100. —	»
Legatura fissa	»	25. —	»
» progressiva . . .	»	9. 99	»
» elastica	»	— —	»

Tuttavia giova rammentare che i successi della legatura elastica possono essere in parte anche devoluti al perfezionamento che in ogni operazione portò seco l'antisepsi, poichè la legatura elastica, lo ripeto, incomincia nell'anno 1874. In base a tali cifre il Denucé si schiera nettamente partigiano per tale metodo, tanto che scrive della legatura elastica: .... *et lorsqu'elle sera dégagée de certains impedimenta dont on la surcharge inutilment, se présentera sous la forme d'une méthode si simple, si peu brutale et si sûre en même temps, qu'elle sera sans ancun doute appelée à gagner un jour tous les suffrages.*

Forse l'autore francese che tali parole scriveva nel 1883 modificherebbe in oggi le sue vedute. Hegar e Kaltenbach nel loro trattato di ginecologia operativa (1) (1885) dicono: *aujourd'hui, la ligature élastique doit généralement être considerée comme une opération préliminaire à d'autres méthodes d'extirpation, ou comme une manœuvre devant être combinée avec ces dernières.*

E più avanti asseriscono di aver modificato la tecnica della isterotomia esterna, e lo Schultze nel suo classico trattato sulle deviazioni uterine, alloraquando parla dell'amputazione dell'utero invertito ed irriducibile si mostra tanto propenso a dare la preferenza al metodo di Hegar e Kaltenbach, che si augura un caso di inversione onde poter operare secondo i precetti dei citati ginecologi. Essi dicono: « La chiusura della

(1) Traduzione francese.

« cavità peritoneale si ottiene con una sutura regolare eseguita durante « la operazione, ed assai meglio che con una legatura in massa praticata « prima della operazione (escisione). Il primo tempo della operazione « adunque consisterà nel mettere 4 o 5 suture metalliche o con seta « nella direzione dall'avanti all'indietro attraverso all'utero invertito, « l'utero non ancora levato può essere solidamente fissato con tali suture « e sarà così impedito ai legamenti larghi di ritrarsi verso la cavità « del peritoneo. Posti i fili si toglie col coltello o colle forbici tutto « quanto sta al disotto di essi e si ha cura di suturare la piaga anno- « dando le estremità di questi fili. Prima di fare la escisione si prova « gittare attorno alla porzione invertita un laccio elastico, così che si « può fare l'escisione senza preoccupazione di alcuna emorragia. »

« E, continua lo Schultze, come *atto preliminare* di questa opera- « razione, la sutura metallica è preferibile alla legatura in massa, e la « applicazione della sutura dovrà farsi con aghi lanceolati retti e brevi, « essendo posta la donna in posizione laterale, passandoli prima dal- « l'indietro in avanti e poscia dall'avanti all'indietro attraverso l'utero « invertito. Si potrà in tal guisa comprendere tutto l'utero, o solamente « la sua porzione mediana con tre o cinque anse metalliche modera- « tamente rinserrate. Queste suture produrranno assai facilmente una « aderenza completa dell'infundibolo peritoneale, e senza alcun pregiu- « dizio, e cioè senza causare alcuno stato settico, o dei fenomeni di « peritonite intensa. Tali suture si potrebbero lasciare in posto un « tempo abbastanza lungo. Io ho la massima confidenza nelle suture « passate nella parte mediana dell'utero come *atto preliminare*, onde ot- « tenere la fissazione dei legamenti larghi e la compressione dei vasi. »

Dalla lettura del brano che io ho qui riportato appare una grande rassomiglianza fra il metodo descritto da Velpeau poc' anzi accennato e quello di Hegar e Kaltenbach, anzi per esser sincero dirò chiaramente che mi sembra sia lo stesso metodo, sia riguardo ai mezzi come negli intenti. Che se si volesse poi vedere una novità nella allacciatura dirò così emostatica provvisoria suggerita da Hegar e Kaltenbach, noi la trovammo pur essa già attuata da Higgins, e con iscopi nettamente definiti. Ma lasciando la quistione della priorità, voglio sostare alquanto a considerare un altro punto.

Fermo il concetto di tali legature di Hegar e Kaltenbach, legature emostatiche rappresentate da suture a tutto spessore, perchè mai esse

devono costituire *il primo tempo, l'atto preliminare* della operazione? Ricordiamoci del precetto di Hublier de Provins che dallo spoglio di tante osservazioni sembrami essere stato sempre posto nel dimenticatoio. Le inversioni sieno esse puerperali od occasionate da prolassi, recenti od antiche, ponno contenere nel loro infundibolo o cavità neoformata, e le trombe e le ovaie non solo, ma anche porzioni di intestino, e specialmente nelle antiche, saldate da tenaci aderenze alla superficie sierosa.

Posto il laccio elastico provvisorio a solo scopo emostatico (come il laccio di Esmarch nelle operazioni che si eseguiscono sugli arti), se a secondo dei precetti di Hegar e Kaltenbach si praticasse di subito le suture a tutto spessore, che avverrebbe se una o più anse intestinali fossero comprese nell' infundibolo?

Inesorabilmente sarebbero trapassate dagli aghi, e trattenute, al momento della sezione dell'utero si potrebbe correre il rischio di passare il tagliente del bistorì sopra di esse, e di toglierle in parte con quale danno e facile immaginare.

A dir vero i casi in cui l' infundibolo contiene anse intestinali devono essere rari, se si giudica dal numero di guarigioni conseguite colle legature semplici ed elastiche, col termocauterio, collo schiacciatore e nei quali non si mise in opera il precetto di Hublier, ma io credo che debbano tutti questi casi considerarsi più fortunati che saggi e che non si debba fare e fidanza sulla estrema rarità di un accidente, per trascurare ciò che ci premunisce contro di esso.

Per quanto rari del resto noterò che Levret (1) vide nell'infundibolo uterino una considerevole porzione del retto e della vescica, Clintok (2) riporta una dettagliata descrizione di un caso appartenente a Crosse, caso che fu visto solo alla tavola anatomica, essendo la donna morta per cospicue perdite avanti di essere operata, in cui, non solo le trombe e le ovaie erano comprese nel cul di sacco, ma altresì un' ansa del tenue, la quale, soggiunge l' autore, *sarebbe stata inesorabilmente strozzata dalla legatura posta attorno alla base dell' utero, qualora si fosse impiegato tal metodo di cura.*

---

(1) « Osservations sur les polypes. »

(2) Vedi DENUCÉ, pag. 205.

Ed altri casi ancora potrei citare.

Nè vale, per trascurare quanto suggerisce l'Hublier, l'avere la convinzione che l'infundibolo sia vuoto, poichè la certezza assoluta è assai problematica e lo stesso Schultze è di tale avviso.

Ad onta di ciò sembra assai strano che nè Hegar e Kalbenbach nè lo Schultze facciano menzione della manovra di Hublier, che come fu visto venne attuata dal prof. Mangiagalli.

È ovvio che se per avventura, eseguita la incisione esplorativa, si fosse appalesata una ansa intestinale, allentato il laccio costrittore, se ne sarebbe eseguita la riduzione, e stretto di bel nuovo, si sarebbe proseguita la operazione.

Da quanto venni esponendo, parmi che alla legatura elastica che diede finora i migliori risultati secondo le statistiche di Denucé debbasi sostituire un metodo di escisione che riassuma in sè quanto di buono si trova nei singoli metodi, accettando eziandio tutte quelle modificazioni che in sè racchiudano realmente alcun che di importante.

E così (scostandomi anche un poco dalla tecnica attuata dal professor Mangiagalli, che abbandonò il laccio alla caduta spontanea), per sostituire alla legatura elastica sola che agisce alla cieca un metodo razionale di escisione, sembrami si possa venire alle seguenti proposizioni:

1.° Sull'utero invertito praticare una allacciatura elastica, ma provvisoria, a scopo emostatico, nella stessa guisa, cogli stessi intenti del laccio di Esmarch nelle operazioni che si eseguiscono sugli arti. Tale legatura dovrà farsi più in alto possibile (Hunter, Dumbarton, Clarke, Higgins e Velpeau).

2.° Cautamente si incidano le pareti uterine nella loro faccia anteriore, e sulla linea mediana fino ad aprire la cavità. Il taglio si completi con un bistorì bottonuto (Hublier, Mangiagalli).

3.° Col dito indice si esplori la cavità e nel caso che un'ansa di intestino vi fosse capita, la si riduca dolcemente previo allentamento del laccio provvisorio, e se adesa alla cavità, si abbia cura di staccarnela con opportuni maneggi.

4.° Ciò fatto e di nuovo stretto il laccio, si possono passare di subito gli aghi a tutto spessore nella tema che esciso l'utero, il moncone possa sfuggire dal laccio stesso (Higgins, Velpeau, Hegar e Kaltenbach).

5.° Si praticherà la escisione della parte sottostante ai fili, o col bistorì o colle forbici.

6.° Si annoderanno fili che passano le pareti del moncone a tutto spessore 4-5.

7.° La sutura verrà poi resa regolare con punti intermedi ai precedenti.

8.° Si toglierà il laccio elastico costrittore, avendo cura di allentarlo lentamente onde essere in grado di dominare l'emorragia di qualche vaso della trama uterina, che per avventura non fosse stretto dalle legature. Abbandonato il moncone si porrà della garza iodoformica in vagina e si attenderà il momento opportuno di togliere i fili.

NUOVO FORCIPE

Memoria presentata al XIV Congesso Medico-Chirurgico in Siena

DAL

DOTT. MUZIO PAZZI

Medico-Chirurgo Ostetrico in Bologna.

LETTERATURA.

LEVRET. « Observat., etc., etc. » p. 82 segue etc. — SMELLIE. « A treatise on the Theory and Pract ecc. » London, 1756, vol. I, p. 248. — BAUDELOQUE. « L'art des accouchements etc. » Paris, 1844, tomo II, pag. 133. — WIGAND. « Beiträge Zur Geburtshülfe, » disp. II. Hamburg, 1800, p. 27. — BOËR. « Natürliche Geburtshülfe, » vol. III. Wien, 1818, p. 75. — F. B. OSIANDER. « Handbuch der Eutbindungskunst. » Tubingen, 1830, p. 245. — M.me LACHAPEL. » Prat. des accouch., etc. etc. » Paris, 1821, p. 60. — G. W. STEIN d. j. « Lehre der Geb. » Th. II, 1827, § 106. — SIEBOLD in molti luoghi, p. e. *Journ. f. Geb.*, etc., vol. VI, p. 481. — KRISTELLER M. F. G. Volume XIII. Spöndle « Die unschädliche etc. » Vol. XIII, 1862. — DIETERICH M. F. G. Vol. XXXI, p. 262. — E. MARTIN. *Zeitschr.* ecc., p. 127. — SCROEDER. « Manuale d' Ostetricia. » Traduzione *Rocca,* con note del prof. *Tibone.* Milano, 1883-1888. — JOULIN. « Traité complet d'accouchements. « Paris, 1867. — NAEGELE et GRENSER. « Traité pratique do l'art des accouchements. » Traduct. *Aubenas.* Paris, 1880. - PLAYFAIR. « Traité théorique et pratique de l'art des accouchements. » Traduit par le doct. *Vermeil.* Paris, 1879. — VELPEAU. « Trattato completo di ostetricia, » trad. da *Coen.* Venezia, 1835. — TARNIER et CHANTREUIL. « Traité de l'art des accouchements. » Paris, 1880. — CHARPENTIER. « Traité pratique des accouchements. » Paris, 1883. — TARNIER. « Description de deux nouveaux forceps. » Paris, 1877. — BAILLY. « De l'emploie de la force dans les accouchements. » Paris, 1866. — DELORE. « Essai de mécanique obstétricale. » Paris, 1865. — CHASSAGNY. « Méthode des tractions soutenues. Le forceps considéré comme agent de prehension et de traction. » Paris, 1871. « Forcipe » 1891. — ANDREI. « Considerazioni teorico-pratiche sull'uso del forcipe a trazioni sostenute e a pressione progressiva del dott. *Chassagny* di Lione. » Firenze, 1869. — G. B. FABBRI. « Alcune considerazioni ostetriche intorno alle pelvi. » Bologna, 1857. — G. ARGENTI. « Sulla pelvi, » studi critici e considerazioni ostetriche. Palermo, 1869. — CUZZI. « Del forcipe, » studio storico-critico-sperimentale. Torino, 1875. — LO STESSO. « Il forcipe *Tarnier* allo stretto superiore ed il pelvigoniometro. » La *Rivista Clinica* di Bologna, 1882. — HUBERT L. G. « Cours d'accouchements. » Paris, 1869. — HUBERT EUG. « Cours d'accouchements. » Paris, 1881. — PINARD. Art. « Forceps » nel « Dictionnaire Enciclopedique des sciences médicales, » par *Dechambré.* Paris. — CHEREAU. Art. « Forceps. » Ibidem. — SIMPSON A. R. « On axis traction forceps. » Edimbourg, 1880. — KILIAN. « Armamentarium Lucinae novum. » Bonn, 1856. — POULLET. « Des diverses espèces des forceps, leurs avantages et leurs inconvenientes. » Paris, 1883. — WASSEIGE. « Des opérations obstétricales. » Paris, Liège, 1881. — RIST T. « Essai historique et critique sur les forceps. » Strasbourg,

1818. — SONNTAG L. J. « Historique et critique des modifications du forceps de 1817-1850. » Strasbourg, 1853. — INVERARDI. « Il forcipe traente nell' asse. » 1884. - « Il meccanismo del parto, ecc. » Collezione di lezioni di Medicina del Vallardi, Serie IV, N. 11. — MACARI. « Ostetricia, Ginecologia e Pediatria. » Genova, 1886. — HERMANN KADE. « Pinza-leva aggiunta al forcipe. » *Ann. di Ostetr. e Gin.*, N. 5, 1888. — FRATELLI LOLLINI. « Forcipe perforatore. Cefalotrissia mediante il forcipe Guyon. » — BELLUZZI. « Illustrazione di alcuni istrumenti ostetrici del prof. F. Rizzoli. » - « Utilità di un piccolo forcipe munito di apparecchio di compressione ecc. » — BERGESIO LIBERO. « Forcipe mediocre o forcipe gigante ? » — PITTARELLI EMILIO. « Comunicazione preventiva. » Giornale *Incurabili*, anno IV, 1889; *Giornale di Ostetricia e Ginecologia*, gennaio 1890; *Riforma Medica*, marzo 1891.

In una comunicazione preventiva comparsa nell' ottobre dell' anno 1890 negli *Annali di Ostetricia e Ginecologia*, pubblicati in Milano sotto la direzione dei clinici sigg. prof. Porro e Mangiagalli, io resi di pubblica ragione di avere immaginato e fatto modellare nella rinomata fabbrica dei fratelli Lollini un nuovo forcipe e che mi era stato permesso di esperimentarlo sul cadavere nell'Ospedale di S. Orsola, alla presenza di egregi e competentissimi testimoni. Scrissi allora che il forcipe di nuova costruzione e di facile applicazione era stato fatto all'unico scopo di risolvere definitivamente l'antico problema delle *trazioni nell'asse*, con un congegno meccanico, che senza alterare la semplicità dell'istrumento non ne aumentasse gran che il peso ed il prezzo relativo, che tanto nella scienza quanto nella vita sociale riescono a costituire la condizione *sine qua non* perchè una invenzione riesca pratica e buona.

Il prof. Massarenti mi promise di fare la prima applicazione del mio forcipe sul vivo e non tardò molto a contentare la mia aspettativa, chè anzi volle che io stesso applicassi il mio strumento in una donna ricorsa all'Ospedale, non avendo potuto partorire a casa propria neppure coll'aiuto valido del forcipe usato in più riprese dall'egregio assistente dott. Bordè, che quindi l'aveva consigliata di farsi operare la fetotomia.

Più avanti riferirò la storia relativa a quella donna e potrò dilungarmi in tutti i particolari. Intanto seguendo a raccontare le vicende del mio forcipe mi piace di aggiungere che dopo il primo successo non ne doveva avere altri per ora. Esso passava dalla Clinica Ostetrica di Bologna a quella di Modena, diretta dal clinico prof. G. F. Fabbri, che al momento propizio l'userà come crederà più opportuno; ed i sigg. fratelli Lollini ne fabbricarono un secondo esemplare già richiesto ed ac-

quistato dal dott. Carmelo Gil y Garrôno di Bilbao in Ispagna, che appena ricevutolo scrisse di esserne rimasto *enchanté*. A me però avrebbe piaciuto maggiormente che avesse esaltata l'utilità pratica dell'istrumento, che andava ad occupare l'undecimo posto della sua collezione, piuttosto che magnificarne le apparenze; ma fino al momento che scrivo l'egregio collega iberico non ha ancora appagato il mio desiderio.

Un terzo esemplare del mio forcipe è quello che tengo presso di me e che presento a questo Onor. Congresso di scienziati illustri nella speranza che rimanga almen tempo di mostrare come agisce praticamente nelle macchine ostetriche.

L'illustre prof. cav. Emilio Falaschi, direttore dell'Istituto Ostetrico della storica città che presentemente raccoglie gran numero dei cultori nazionali della scienza, così gentilmente rispondeva ad una lettera da me direttagli ora son pochi mesi, in data 15 maggio 1891:

« .... Ho visto con piacere che Ella si propone di presentare il suo « istrumento al XIV Congresso dell'Associazione Medica Italiana che « sarà tenuto in Siena nel prossimo agosto, e sarò ben lieto di potere « presenziare gli esperimenti che Ella intende di fare per dimostrare « come questo suo nuovo forcipe nella sua semplicità e sicurezza d'azione « unisca ai vantaggi del forcipe classico quelli dei forcipi con curva « perineale dell'Hubert, di Chassagny, del Tarnier e di altri più com- « plicati. Se il materiale di questa Clinica fosse tale da rendere fre- « quenti le applicazioni di forcipe, le proporrei di recarsi qua qualche « giorno prima dell'apertura del Congresso, perchè Ella potesse speri- « mentare il suo forcipe sulla donna vivente. Ma dacchè, massime nella « stagione estiva, accade talora che passi anche qualche mese senza che « si presenti la opportunità di ricorrere all'uso del forcipe, credo che « dovremo contentarci di esperimentarlo o sulla macchina ostetrica, o « sul cadavere di qualche donna nelle sale anatomiche, e sopra un ba- « cino di ghisa con cadaverini di feto. E questi esperimenti potremo « farli benissimo contemporaneamente al Congresso, prima o meglio dopo « che Ella avrà presentato ed illustrato il suo forcipe, promettendole « fin da ora che se in quei giorni si verificasse nella Clinica, od anche « nella Maternità occulta, un qualche caso che reclamasse l'applica- « zione del forcipe, di buon grado acconsentirei ad assisterla nell'atto « operativo. »

Mentre ringrazio questa chiarissima persona che mi mette in grado di fare conoscere alla parte migliore del ceto medico la mia povera scoperta, ringrazio pure con profondo ossequio tutti questi onor. signori che avranno la pazienza di ascoltarmi e di assistermi.

***

Per spiegare come io venni nella brama di mettere alla luce il mio strumento mi è necessario di richiamare alla memoria il passato che riguarda il forcipe e spero di non annoiare perchè sarò laconicamente breve.

Dopo che il *forceps* uscì dalla famiglia dei Chamberlen di Londra che ne facevano un vergognoso mistero, presa l'acqua battesimale del Mauriceau, fece capolino nel mondo delle cose note e modificandosi e trasformandosi seguì come tante altre l'ire dei secoli. Dopo Chamberlen e Palfino si passò dal parallelismo delle branche del forcipe all'incrociamento, per avere una presa migliore e più sicura e così Levret e Smellie dettero il modello di questi forcipi. Inoltre, siccome gli antecedenti erano muniti di sola curva cefalica, gli autori suddetti ammisero la nuova curva pelvica. Questa costruzione aveva avuto di mira di rispettare l'integrità del perineo: ma doveva considerarsi un nuovo bisogno del forcipe ed era quello di fare le trazioni sull'asse pelvico. Ecco allora Johnson, l'Ioung, il Mulder, l'Uhthoff, il Conquest che presentano dei forcipi con curva perineale. Però se il principio meccanico di questi istrumenti era eccellente, non altrettanto riuscivano gli effetti in pratica; e d'allora in poi tutte le menti degli ostetrici si sono messe a studiare il modo di riuscire per fare le trazioni sull'asse col forcipe.

Hartmann, Hermann, Hubert padre e figlio, Tarnier, Morales, Chassagny, Simpson, Poullet, Breus, Wedder, Sänger, Hermann Kade, Frelat, Aveling, W. L. Reid, Tibone, Cuzzi, Inverardi, Belluzzi, ci dettero esemplari di questo genere, ma non tutti mantennero la forma incrociata delle branche e si ritornò da alcuni al parallelismo delle medesime. Frattanto il forcipe aveva fatto il giro d'Europa e gli autori novelli si succedevano a raccapriccio, in modo ch'io credo sia quasi impossibile di avere una raccolta completa di tutti i forcipi immaginati e solo per

intendersi li hanno classificati secondo l'origine loro; così abbiamo forcipi Inglesi, forcipi Francesi, Tedeschi ed Italiani. Il forcipe Francese detto anche classico, comune, o del Dubois ed a Bologna del Massarenti è quello del Levret modificato. Ma la modificazione è giunta al punto che il forcipe così detto classico deve ritenersi un forcipe nuovo figlio di una società internazionale di ostetrici. Non più l'articolazione francese, ma quella a doppio incastro, le curvature cefalica e pelvica copiate da diversi modelli di varie regioni, la curva perineale dimenticata, con manici in legno senza uncini o in metallo con le orecchie e così via. L'unica divisione razionale è stata quella dei forcipi grandi e piccoli ed ostetricamente è l'unica che deve rimanere, ma praticamente si è aggiunto anche la forma di media grandezza o lunghezza. Solo per l'articolazione del forcipe si acconciarono in tanti modi diversi e Levret, Siebold, Brunninghausen, Naegèle, Thenançe, Valette, A. Petit, Baumers, Campbell, Stoltz, Richard, Capron, Trélat, Guillon e Rizzoli furono tanti innovatori.

Il Rizzoli poi modellava anche un forcipe a tre branche, Hermann Kade in Prussia aggiungeva una pinza leva al forcipe, Morisani, Macari, Tibone ed altri si servivano di lacci o fasciature speciali da applicare o al forcipe o alla partoriente, Guyon e Belluzzi immaginarono un forcipe cefalotribo e i fratelli Lollini idearono un forcipe perforatore. Ma le innovazioni non erano tutte qui, perchè io non vi ho ricordato il forcipe sega del Wan Huevel e del Billi e perchè in seguito doveva comparire il *Setraente* di Scipione Giordano, il *Leniceps* del Mattei, *Retroceps* dell' Hamon, il *Sericeps* del Poullet, l'*aiuto forcipe* del Joulin e gli apparecchi del Pros (de la Rochelle) del Tarnier, il forcipe angolare del Poullét, per arrivare all'apparecchio meccanico del dott. Pittarelli, ideato nel 1889, per realizzare la trazione nell'asse pelvico.

Nè forse le modificazioni si fermeranno ancora a questo punto.

L' Inverardi fino dal 1884, nella tesi per la libera docenza in ostetricia trattò del forcipe traente nell'asse ed io non potrei senza fare torto all'autorità di questo chiarissimo professore discutere tale questione senza ripetere le sue argomentazioni e le inappellabili conclusioni. Per vantaggiare tempo mi basta di riassumere il lavoro classico dell'illustre clinico di Padova che risponde eccellentemente alle mie ricerche.

***

Per ottenere una profittevole applicazione del forcipe era necessario stabilire come dovevano regolarsi le trazioni, e cioè di fermarsi sulla direzione dell'asse della pelvi materna. Dopo uno studio elaborato ed analitico delle diverse opinioni professate d'oltr'Alpi dal Deventer, Levret, Camper, Saxtorph, Naegele, Dugés, Guilleman, Hubert, Carus, Bange, Fed; in Italia dal Fabbri e dall'Inverardi non può ritenersi vera che la seguente conclusione: « L'asse totale del catino è rappresentato da una linea scavezza composta dall'asse retto dello scavo e dall'asse curvo dello spazio sottopubico. » Ora dovendo tirare la testa di un feto, arrestato all'ingresso o al disopra dello stretto superiore, oppure disceso nella parte alta o mediana della escavazione nella direzione del loro asse, le trazioni debbono essere fatte secondo una linea, che abbassata dall'ombellico passi per l'unione del terzo medio col terzo inferiore del coccige. Più precisamente però secondo uno studio classico e sperimentale dell'Inverardi, di recentissima data, l'asse pelvi genitale che deve essere seguìto dal corpo fetale, secondo le diverse sezioni pelviche in cui questo si trova, risulta composto così:

a) « asse dello stretto superiore (dal centro dello stretto superiore è diretto verso una regione che va da 14 mm. all'indietro a 10 mm. all'innanzi della punta del coccige);

b) « asse pelvico (dal centro dello stretto superiore da 11 mm. all'indietro a 4 mm. all'innanzi della punta del coccige);

c) « asse sottopubico (da 30 mm. al disotto del piano sacro sottopubico al centro dello spazio sottopubico dilatato);

d) « asse antischiatico (dalla 3.ª o 4.ª vertebra spina del sacro alla commettitura vulvare posteriore e sue vicinanze);

e) « asse vulvare (dalla punta del coccige al centro dell'apertura vulvare). »

Il forcipe dunque che oltre avere un'azione dinamica, oltre essere un istrumento di presa e modificatore della forma del capo rotante, deve considerarsi come istrumento traente, dovrebbe seguire nelle sue trazioni la direzione dei varii assi delle diverse sezioni suannunciate.

Invece per moltissimo tempo e cioè fino alle dimostrazioni fisico-matematiche dell'Hubert le trazioni si facevano seguendo una linea arcuata molto vicina a quella del Carus che venne ritenuta come rappresentante l'asse pelvico. Coi forcipi ordinarii al fine di rispettare il perineo era utile non spingere i manici troppo indietro, ma anche potesse ottenersi questo, le cucchiaie dell'istrumento subirebbero un movimento di altalena verso la parete anteriore dello stretto superiore, e invece di trasportare la testa in basso l'arresterebbero contro la superficie posteriore dei pubi. L'Hubert appunto dimostrò che le trazioni fatte con un forcipe ordinario allo stretto superiore sono sempre viziose, ed infatti considerando che le tirate con esso sono fatte nella direzione di una retta che incrocia il piano dello stretto superiore obliquamente d'alto al basso, e dallo indietro all'avanti in causa della presenza del perineo, una parte più o meno grande della forza traente si converte in pressione nociva e tanto maggiore quanto maggiore è l'obliquità della linea di trazione. Questi inconvenienti non potevano essere tolti colla semplice aggiunta di una curva perineale al forcipe, nè il forcipe dell'Hartmann munito di un'asta curvilinea fissata in vicinanza dell'articolazione, nè quella del Cuzzi a branche parallele, cucchiaie articolate, apparecchio di fasciatura ecc., nè quello dell'Hermann munito di un'asta di pressione ebbero miglior fortuna. Contemporaneamente alla trazione sull'asse pelvico si tenne gran calcolo della compressione meno nociva che arrecavano alla testa fetale i forcipi a branche parallele e senza ottenere di risolvere la prima questione di perdere quella solidità di presa che aveva il forcipe incrociato. Pur tuttavia l'ultimo modello del forcipe di Hubert padre e poi quello del figlio a branche incurvate ad S e parallele, poggiavano sopra un concetto meccanico incontestabile e rimarranno un vanto della storia, sebbene in pratica non se ne sia diffuso l'uso come doveva succedere anche per il forcipe di Morales.

Fu allora che il Chassagny considerando che per tirare nella direzione dell'asse pelvico era necessario tirare sul centro di figura del capo fetale, immaginò un tiratore meccanico da applicarsi al suo forcipe. Questa invenzione come le altre non fu fortunata, ma segnò il punto di partenza di nuove scoperte e cioè l'applicazione della forza traente in tutta prossimità del centro di figura del capo fetale, ed ecco che il Tibone, il Laroyenne ed il Joulin afferrarono il lato buono della questione

applicando dei lacci alle cucchiaie per mezzo di sbarre od uncini o fori praticati nelle gemmelle, ed il Tarnier, il Poullet, Pros de la Rochelle, l'Hammon non fecero che modificare l'apparecchio di trazione od il suo punto d'appoggio, sempre attenendosi allo stesso principio di fare minor dispendio di forze e rendere il forcipe assolutamente indipendente dalle tirate fatte sopra di esso.

Non rimaneva che rendere pratico e meno complicato la trazione nell'asse e dopo il primo tentativo dell'Hubert abbiamo quello del Tarnier che ci presenta tre modelli di forcipe. Il 3.º modello di gran lunga superiore agli altri presenta vantaggi incontestabili, ma non tali da lusingare completamente. Infatti non devesi accettare assolutamente l'asserzione che con questo forcipe tutta la forza impiegata trascini la testa nell'asse del bacino senza produrre veruna compressione sui tessuti materni. Per una eccentricità della forza traente dipendente dalla esagerata inclinazione del catino e dalla immutabilità della lunghezza del manubrio, che non può sempre seguire il prolungamento dell'asse dello stretto superiore, succede che la testa fetale discende asinclitica per un modo di rotazione intorno al pube, dipendente dal trascinare le cucchiaie del forcipe più la parte posteriore dell'anteriore, come lo dimostrano gli studi sperimentali del Cuzzi e dell'Inverardi.

È vero che secondo le osservazioni di quest'ultimo il capo fetale può naturalmente discendere nello scavo sinclitico o asinclitico secondo la varia concavità della faccia anteriore del sacro, ma è altrettanto vero che « qualunque sia il grado di concavità della faccia anteriore del sacro il capo deve discendere nello scavo sempre sinclitico rispetto all'asse pelvico. Dunque un forcipe che tira perfettamente nell'asse può trasportare al fondo pelvico senza difficoltà anche una testa asinclitica rispetto alle pareti pelviche senza che l'asinclitismo sia dipendente dalle sue trazioni. Ma poichè melgrado gli studi dell'Ahlfeld, del Tibone e del Cuzzi « non si posseggono oggidì istrumenti nè metodi per conoscere in modo sicuro l'inclinazione dell'ingresso pelvico, » ne avviene di conseguenza che anche applicando l'istrumento del Tarnier non sapremo mai quando si tirerà approssimativamente e quando direttamente nell'asse pelvico; ma se tutte le volte che una testa discende asinclitica rispetto alle pareti pelviche lo fosse anche rispetto all'asse pelvico, bisognerebbe dire che anche al giorno d'oggi manca l'istrumento che

realizzi le trazioni nell'asse e l'inverso se l'asinclitismo fosse sempre rispetto alle pareti pelviche. Ma osservazioni in proposito, non so se sieno state fatte e riuscirebbero difficili, tenuto calcolo della fallacia dei nostri metodi d'indagine in confronto al numero grande delle donne che non soccombono all'azione del forcipe. In ogni modo mi sembra che dobbiamo rimanere nel dubbio che sia avventurato il dire che il forcipe Tarnier tira nell'asse. Altrettanto si potrebbe ripetere per il forcipe Simpson vero e per quello modificato dall'Inverardi, poi quello di Poullet, Breus ecc. »

In tal modo finisce la rivista sulle trazioni dei forcipi fatta dall'Inverardi nell'opera succitata.

« . . . . La cosa più necessaria da aversi per fare una razionale applicazione ed una regolare estrazione col forcipe traente nell'asse, si è la conoscenza dello asse stesso secondo il quale dobbiamo tirare. Ma questa cognizione tanto più è importante quanto più difficile è ad aversi sul vivente. »

« . . . . Ad onta di ciò ci avviciniamo all'ideale di tirare nell'asse molto più col forcipe nuovo che col vecchio. Con esso si fa un risparmio almeno da 1/5 della forza che occorrerebbe col forcipe ordinario, la quale si distribuisce equabilmente sopra tutto il contorno pelvico, senza pressioni nocive sopra l'arco pelvico anteriore; si lascia al capo tutta la sua mobilità attorno all'asse verticale, senza impedirlo nel senso dell'asse traversale; si praticano le tirate con molto maggiore comodità e per ciò in più giusta misura che col forcipe ordinario. »

A questo punto si trovano le cose scientificamente, ma praticamente succede ben altro. Non in tutte le scuole di ostetricia l'uso dei forcipi traenti nell'asse è generalizzato per tutti i casi che lo richiedono ed in pratica privata è diffuso l'uso del forcipe classico sia perchè costa meno sia perchè si applica meglio.

Recentemente nella *Riforma medica* (24 marzo 1891), comparve un resoconto di una lezione del Budin professore di Clinica Medica allo Spedale della « Charité » di Parigi dove dice: « È fuori di dubbio che il forcipe del prof. Tarnier a curva perineale traente nell'asse del bacino ha portato una potente innovazione nel campo operatorio ostetrico; ma il vantaggio dell'asse di trazione varia secondo il modo in cui si applicano le cucchiaie del forcipe. »

Recentemente nel *Bollettino della Società Belgica di Ostetricia e Ginecologia* (19 gennaio 1890) compariva il resoconto di una seduta in cui si trattava dello Studio Meccanico del forcipe. In essa l'Hubert, dell'Università di Lovanio, disse apertamente: « Come si vede noi abbiamo cercato, M. Chassagny ed io, di evitare gli stessi difetti e riunire gli stessi vantaggi; noi abbiamo camminato verso lo stesso ideale per vie differenti e se pochi forcipi a prima vista sono più dissomiglianti dei nostri, non ve ne sono che in fondo assomigliano di più. Quale dei due istrumenti risponde più completamente a tutti i desideri della scienza? Io non lo so ancora, è da studiare. »

È un fatto dunque che la questione del forcipe è ancora allo studio e l'attesta più che altro l'opera voluminosa del Chassagny comparsa al pubblico internazionale nel principio dell'anno corrente e che tratta quasi esclusivamente di questo istrumento.

***

Ammesso la singolare utilità di ritornare sopra un vecchio istrumento, io mi sono domandato più volte come si sarebbe potuto ideare un istrumento che raggiungesse lo scopo di tirare nell'asse dello stretto superiore. Io mi dicevo sempre: se le cucchiaie del forcipe applicate lateralmente al capo del feto o al bacino della donna fossero parallele all'asse dello stretto superiore e se una forza applicata all'estremo inferiore di esse, direttamente opposta all'estremo superiore, e fra loro comprendenti il centro di figura del capo fetale, avesse una direzione dall'alto al basso e dall'avanti all'indietro, non sarebbe già sciolto il problema delle tirate nell'asse?

Il più difficile era di immaginare un forcipe piegato ad angolo, flessibile che applicato nel modo suesposto rispondesse allo scopo. Mi venne in mente allora di scegliere fra i diversi forcipi a branche incrociate quello che presentasse i migliori vantaggi, p. es. quello di Simpson, e praticare un'articolazione a cerniera più vicino che fosse possibile al centro di figura delle cucchiaie senza togliere la solidità della presa delle medesime, ma tanto in alto che avvenuta la presa del capo, questo sporgesse più in basso dagli angoli formantesi nel forcipe.

In tal modo è nato il mio forcipe che io chiamo *nuovo* e che ora descriverò più minutamente.

Come può vedersi (v. Tavola dimostrativa Fig. I) il mio forcipe assomiglia molto al forcipe inglese ma ne è sostanzialmente diverso per il meccanismo che lo compone. Il mio forcipe è articolato ma non ha nulla che fare coi forcipi articolati del Cuzzi, del Breus, Wengher, ecc. Il mio forcipe tira, come dimostrerò, nell'asse in virtù della sua articolazione come possono tirare quelli di Hubert, Tarnier, Chassagny, Simpson (modificati dal Tibone prima; dall'Invérardi poi) ma non ha somiglianza con nessuno di loro e di più manca di qualsiasi apparecchio di trazione. Il mio forcipe è poi incrociato perchè la presa riesca solida e sicura ed ha una articolazione ad incastro semplice perchè di più facile esecuzione. Finalmente il mio istrumento è tutto di metallo perchè risponde meglio alle esigenze della profilassi ostetrica.

Distanti mm. 230 dai morsi delle cucchiaie esistono due articolazioni una per lato, a cerniera semplice, robusta, col diametro di mm. 29, che può rendersi mobile o fissa per mezzo di un incastro che scorre nel mezzo delle branche fino all'articolazione; e prima di questa, posteriormente alle suddette branche, esistono due bottoni metallici che sono fissati all'estremo esterno dell'asta metallica che forma l'incastro e che si nasconde con l'altro estremo dentro un foro praticato nel disco medio della cerniera, verso il limite inferiore delle cucchiaie. I bottoni dell'incastro possono scorrere varii millimetri in una finestra praticata nello spessore delle branche del forcipe e per un movimento di saliscendi si può mettere in libertà il movimento della cerniera. Questo movimento è arrestato posteriormente quando il forcipe tiene la sua direzione; normale ed anteriormente fino a formare un angolo retto (v. Tavola dimostrativa, Fig. II). Nel disco medio della cerniera è praticato un solo foro e quindi il punto d'arresto è unico. Questo istrumento misura dall'articolazione ai manici mm. 167 e dall'articolazione al morso mm. 230, per cui la lunghezza totale è mm. 397. L'altezza dei morsi mm. 0,066 e la loro distanza mm. 0,028; la larghezza del seno delle cucchiaie mm. 70 (nel primo modello mm. 80); la lunghezza interna delle finestre mm. 65 e la larghezza massima mm. 28. La distanza dal centro dell'articolazione al centro di figura delle cucchiaie mm. 470. La distanza massima delle branche (a metà delle stesse) mm. 66. Il peso dell'istru-

mento (primo modello) Kg. 0. 890, ultimo modello Kg. 0. 670. Il prezzo lire 50.

Finalmente il mio forcipe non presenta che due curvature, l'una cefalica e l'altra pelvica.

Mi piace di riportare uno specchietto di confronto fra il mio forcipe e quelli più comunemente usati, prima di passare al modo come esso debba essere applicato e come si praticano le trazioni:

Numero progressivo	FORCIPE e NOME DELL'AUTORE	Lunghezza del forcipe Centim.	Altezza dei morsi dal piano orizzontale Centim.	Distanza dall'articol. all'estremità delle cucchiale Centim.	Lunghezza del morso quando il forcipe è articolato Centim.	Seno del forcipe Centim.	Peso Chilogr.	Prezzo Lire
1	Forcipe TARNIER.	42	8	27	2	7	1. 250	90
2	Id. SIMPSON . . .	35	7	21	2 1/2	7 1/2	0. 700	50
3	Id. SIMPSON-INVERARDI.	36	7	22 1/2	3	9	0. 700	45
4	Id. classico . . .	39	8	22	2	7 1/2	0. 800	25
5	Id. dell'autore — 1.° Modello (Lollini) .	39	6. 6	23	2. 8	7	0. 890	50
	Id. dell'autore — 2.° Modello (Bergamini)	"	"	"	"	"	0. 700	"
	Id. dell'autore — 3.° Modello (Lollini) .	"	7. 6	"	"	"	0. 670	"

Il nuovo forcipe non solo regge al confronto degli altri per le proporzioni, ma anche per il peso e per il prezzo, ed assai differisce da quello del Tarnier perchè è meno lungo, meno grosso, meno pesante, meno costoso e non produce nel capo una pressione continuata. Questo mio strumento regge poi al confronto col forcipe classico per la sua comodità e facilità d'applicazioni e mancando dell'apparecchio di trazione.

Per l'uso del nuovo forcipe è necessario seguire le norme seguenti:

Si applica come il forcipe classico, senonchè prima di esercitare la trazione bisogna ritirare gl'incastri, lasciare libera l'articolazione delle cucchiaie ed usare l'istrumento come una leva di 3.° genere. Esso viene applicato ai lati della pelvi materna qualsiasi la posizione del capo

fetale al suo ingresso. P. es.: supponendo che il feto si presenti in O. I. S. A., l'applicazione del *Forcipe nuovo* allo stretto superiore avviene nel modo come è stata riprodotta nella Tavola dimostrativa Fig. 3. Introdotto l'istrumento secondo le solite regole, eseguito l'incrociamento delle branche e lasciate in libertà le articolazioni delle cucchiaie, spingendo con una mano sull'articolazione dei manici, mentre con l'altra si fa punto d'appoggio alla estremità libera dei medesimi, si fa mettere in rapporto l'asse delle cucchiaie con l'asse dello stretto superiore.

Applicando la forza traente sull'articolazione dei manici, quella si trasmette all'articolazione delle cucchiaie e viene naturalmente e necessariamente ad esercitarsi nella direziene dell'asse dello stretto superiore in modo perfetto.

Giunti a portare la testa nel fondo pelvico lo scopo dell'istrumento è raggiunto e per porre termine all'operazione si può procedere in due modi diversi.

Si può trasformare il *forcipe articolato* in *forcipe fisso* o *rigido* applicando l'indice e il medio della mano sinistra sulle due orecchie del manico e tirando in senso orizzontale secondo la direzione dell'asse vulvare, mentre coll'indice della mano destra si respingono i bottoni degli incastri, siti nella parte inferiore delle branche. Se in questa manovra non si riesce con facilità è prudenza di disarticolare il forcipe e farne una seconda applicazione, previo fissamento dell'articolazione dei cucchiai, senza che perciò si perda molto tempo e si rechi grande fastidio alla donna (vedi Tavola dimostrativa Fig. 3).

Il volere fare le trazioni col mio forcipe, senza renderlo rigido, seguendo l'asse curvo vulvare, si corre pericolo di ledere il canale vaginovulvare, tanto più se questo è ristretto o rigido.

***

Riferirò ora brevemente la storia della donna operata in Clinica Ostetrica mediante il mio forcipe.

Amadori Argia in Fantazzini di S. Lazzaro di Savena, domiciliata a Bologna, di professione massaia, di 37 anni, è primipara. Dall'anamnesi si raccoglie che ha camminato tardi e che fino dalla nascita aveva

una conformazione anormale. A 13 anni mestruò la prima volta senza disturbi. Nulla di notevole dal lato gentilizio. Andata a marito rimase incinta senza avere fenomeni degni di nota. Il 10 marzo 1890 ebbe l'ultima mestruazione regolare, ma non ricorda la data dei primi moti fetali e la sede dove li avvertiva maggiormente era la regione epigastrica. Donna di statura piccola, alta m. 1, 42. I suoi arti inferiori sono corti, poco sviluppati e non in proporzione col tronco che è più lungo e tozzo. Però nessuna traccia di rachitide. I calcagni sono allo stesso livello; la piega inguinale destra è più corta ed ha direzione meno obliqua della sinistra, sicchè le due pieghe inguinali s'incontrano nel mezzo ad angolo acuto invece che ad angolo retto. Il trocantere di destra è spostato in alto ed indietro verso la natica. I movimenti della coscia destra sono limitati. La flessione e l'estensione si compiono abbastanza bene; è assai limitata invece l'abduzione e così pure i movimenti di rotazione. Il trocantere sinistro è anch'esso spostato in alto. Ambedue i femori misurano 41 centim., e tanto a destra che a sinistra la distanza fra la spina anteriore superiore dell'ileo dista 33 cm. dalla rotula.

Appena accettata in Clinica la donna, si fa diagnosi di gravidanza a termine complicata a viziatura pelvica per lussazione posteriore bilaterale dei femori. Feto vivo, sofferente, in situazione longitudinale, presentazione del vertice, posizione O. I. S. A.

Esame ostetrico.

Pelvimetria	Fra le spine	cm.	25
	» le creste	»	27
	Coniugata esterna	»	19
	Diametro sacro sotto-pubico . .	»	11

Pelvimetria	Coniugata vera . .	cm.	9 1[2.
	Circonferenza pelvica	»	97.
	Metà destra della circonferenza pelvica		48 1[2 cm.
	Metà sinistra		48 1[2 »

Dilatazione completa del collo dell'utero.
Mammelle normali.
Livello del fondo dell'utero all'apofisi xifoide.
Forma globosa dell'utero.
Direzione dell'utero antero-laterale destra.

Sede delle parti fetali	Testa in basso.
	Natiche in alto.
	Piccole parti a destra in alto.
	Orlo a sinistra.

Sede e carattere del battito cardiaco fetale: nel quadrante inferiore sinistro.

Sede del soffio utero-placentale: a destra.

Il pube della donna presenta una superficie interna liscia concava e permette d'introdurre fra esso e la testa il dito. All'esplorazione interna del bacino appare evidente la differenza di curvatura delle due pareti laterali; la sinistra più incurvata e fra testa e bacino si passa comodamente con due dita; la destra appianata. Promontorio sporgente. Il parto avviene alle 4 pom. del 12 dicembre 1890 nella Clinica ostetrica, artificialmente.

Anormalità del parto. — Vizio pelvico; inerzia uterina. Rottura precoce della membrana; arresto del capo allo stretto superiore in flessione; lacero perineale.

Terapia ed operazioni. — Applicazione del forcipe comune infruttuosa allo stretto superiore. Applicazione successiva di un forcipe modello (Pazzi) efficace. Perineorafia — Lavanda vaginale antisettica.

Puerperio. — Normale, fisiologico.

Stato del feto. — Estratto in istato di asfissia dalla quale non si riebbe. I suoi diametri risultano di questa lunghezza:

Occipito mentale	12	
» frontale	11	
Sottoccipito-bregmatico	9	1[2
Mento-frontale	8	
Trachelo bregmatico	10	
Biparietale	9	
Bitemporale	8	1[2
Bimastoideo	7	
Bisacromiale	12	
Sterno-dorsale	7	1[2
Bitrocanterico	9	
Sacro-pubico	5	

Peso	gr. 2740
Lunghezza	cm. 49

Stato delle secondine. — Normale — Peso gr. 440 — Lunghezza dallo ombellico cm. 58.

La relazione del parto che qui trascrivo è stata elaborata dagli egregi assistenti della Clinica ostetrica dott. Bordè e Ferraresi testi-

monii dell'atto operatorio insieme al prof. Massarenti, a parecchie allieve levatrici, alla maestra, a varii medici e molti studenti:

« La donna entrò in cocchietto il giorno 7 dicembre 1890 alle ore 11 circa ant. trovandosi da giorni in travaglio di parto. La rottura delle membrane era avvenuta nella mattina del cinque precocemente, ma le doglie forti si erano svegliate solo nel giorno successivo.

« All' esame risultò: Travaglio in donna primipara, nel periodo espulsivo; bacino viziato per inclinazione esagerata da lussazione posteriore bilaterale dei femori e piatto, con coniugata vera di cm. 9 1[2. Feto in presentazione del vertice O. I. S. A. arrestato allo stretto superiore; rottura precoce delle membrane; doglie uterine scarse e deboli da poche ore. La donna è robusta, ha le coscie molto accorciate per la lussazione predetta, il volume del ventre è enorme per lo spessore delle pareti addominali, l'utero è ovoidale, longitudinale e deviato a destra. Un tumore di parto discreto occupa il vertice; sul lato destro si percepiscono bene le suture lambdoidee e la piccola fontanella.

« La donna è assai sofferente ed il battito fetale irregolare. Conviene notare che a domicilio la donna aveva subìto un'applicazione di forcipe (modello comune) infruttuosa, poichè l'operatore credette *desistere da trazioni esagerate.* Si attese in Clinica che le forze naturali facessero ridurre e discendere la testa accomodandola a questa forma speciale di pelvi. Tuttavia alle 4 pom. eccetto che aumentato il tumore di parto le forze uterine mantenutesi deboli non avevano ottenuto nessun altro effetto, si decise ritentare il forcipe avanti di intraprendere la craniotomia, poichè sembrava poco potersi calcolare sulla vita del feto già sofferente. Si applicò il forcipe del dott. Pazzi che compì abbastanza prontamente sebbene con trazioni assai forti la discesa del capo dallo stretto superiore. Allorchè la testa fu al piano perineale i manici dello strumento furono girati, contrariamente alla volontà del dott. Pazzi, e tratti verso il pube; il perineo allora si mostrò fortemente sporgente: notisi che a questo punto le branche dell'istrumento erano ancora piegate cosicchè l'angolo di esse urtava sul piano perineale assai disteso; e in questo periodo la testa non ostante fosse visibile alla vulva incontrava ostacolo che a stento fu vinto da forte trazioni. Drizzate però le branche la testa uscì facilmente, ma il perineo già disorganizzato si lacerò nel disimpegno e *continuò lo squarciameuto anche al passaggio delle spalle.* Il feto venuto alla luce era profondamente asfittico, la testa allungata come nella presentazione di occipite. I morsi dell' istrumento erano ben designati ai lati della testa ed obliquamente, dalla regione sottorbitale destra all'apofisi mastoidea sinistra, ed ambo le articolazioni erano impresse più in alto verso il vertice. Il diametro di presa fu di cent. 9 e mezzo mentre il

seno del forcipe misurava cent. 8. Il cuore del feto continuò a battere quasi un'ora, ma niuno sforzo valse a vincere l'asfissia. Quanto alla donna il secondamento fu spontaneo. Il lacero perineale era esteso sino a poca distanza dal retto sul lato destro, era molto irregolare e profondo, comprendendo un piccolo tratto di parete vaginale, posteriore destro, si estendeva fino alla parete del retto girandovi intorno sul lato destro, rimanendo così distaccato. »

Fin qui la relazione dettagliata di due egregi colleghi, alla quale però mi piace di aggiungere che non è stato espresso accentuatamente come io volessi non solo raddrizzare, ma estrarre il forcipe appena fatto discendere la parte fetale dallo stretto superiore al fondo pelvico, perchè il mio forcipe aveva esaurito la sua missione e capivo che in un canale vulvo-vaginale tanto ristretto non avrebbe potuto avere grande successo nella estrazione completa del capo. A ciò si oppose la volontà del professor Massarenti che la credeva a tutta prima cosa inutile. Il fatto è però che appena raddrizzate le branche le trazioni poterono essere esercitate bene nel senso dell'asse vagino-vulvare e la testa ubbidì prontamente alle medesime. Ma quando io mi accorsi che il perineo fortemente sporgente e sottile cedette nel suo centro lacerandosi, prima ancora che fosse sconnessa la commessura inferiore della vulva eccessivamente distesa, contrariamente alla volontà del prof. Massarenti, e questi può farne fede, disarticolai ed estrassi il mio forcipe e sostenni il perineo alla meglio avvertendo la sicura sensazione che si era lacerato per un gran tratto. Ora i sigg. relatori che non stavano dirimpetto alla donna operata, ma di fianco, forse non hanno notato il particolare da me spiegato e sono caduti nell' errore involontario di credere che una causa precipua della rottura colpoperineale fossero stati gli angoli del mio forcipe ancora piegato. No invece: il mio forcipe fu raddrizzato prima che il perineo minacciasse di rompersi ed estratto appena iniziatosi il lacero centralmente al perineo: e se così non fosse non saprei capacitarmi dell'asserzione riferita dagli stessi relatori e che cioè il perineo seguitò a lacerarsi anche per il disimpegno delle spalle. Vale a dire che anche le spalle trovarono ostacolo all'uscita per un canale ristretto quantunque non più tanto come in principio. Nego poi quasi assolutamente che gli angoli aperti del mio forcipe (quantunque io per primo abbia detto essere sempre prudente chiuderlo prima di fare trazione al di-

stretto inferiore della pelvi), abbiano cagionato il suddescritto lacero perchè questo si è iniziato nella porzione mediana del perineo e si è continuato nella parete vaginale per il successivo disimpegno delle spalle. Di questo possono farne fede il prof. Massarenti che era il mio più vicino assistente all'atto operatorio e tutti quegli studenti e medici che erano di faccia e non di fianco all'operata. Inoltre io non saprei capacitarmi come un angolo del mio forcipe avesse potuto iniziare una così estesa rottura se non rimane sporgente dal cono occipitale protendente in basso (tanto maggiormente quanto maggiore è il *caput succedaneum* per l'infiltrazione sierosa), che solo di qualche millimetro nel senso laterale ossia per quel tanto che è grossa la cerniera, ma non al davanti della parte fetale abbrancata. Poi non capisco perchè non si dovesse riscontrare nelle pareti della vagina nessun punto di erosione dovute agli angoli del forcipe nella donna in discorso; come infatti è succeduto. Dunque non escludo che il mio forcipe possa essere causa di lesione se non viene in tempo raddrizzato o riapplicato; ma nego che le abbia prodotto nel caso presente; e per maggior prova aggiungerò che il lacero cominciò dall'esterno verso l'interno e non dall'interno all'esterno.

Ma ripeto, di queste inesattezze non faccio torto ai relatori perchè non occupavano la posizione migliore per osservare serenamente. Piuttosto avrei desiderato che avessero accentuato la difficoltà del caso e che erano state prese tutte le cautele e prevenuti tutti i bisogni per compiere una craniotomia premeditata.

Infatti il dott. Bordè che fu il primo ad applicare il forcipe a casa della partoriente pochi momenti prima dell'operazione, affermava *che era necessario un atto di embriotomia e mi sconsigliava di applicare il mio forcipe perchè non avrebbe certamente avuto un buon effetto.*

***

Pochi commenti ancora e poi ho finito. Ammesso che il mio forcipe avesse prodotto un lacero perineale, sarebbe questa una ragione per riprovarlo? No, perchè non vi è nessun forcipe che non possa produrre in certe condizioni un lacero perineale. Il fatto che maggiormente deve considerarsi è che l'istrumento quantunque adoperato in un caso difficilissimo non ha lasciato la presa, riportando completo successo. Esso

ha dimostrato che quando le trazioni hanno la direzione dell'asse dello stretto superiore, la parte che vi si presenta discende bene, ancorchè siavi esagerata inclinazione della pelvi, senza però sviare nella direzione ed agendo necessariamente sul centro di figura del capo, come lo dimostra il caso presente in cui la testa del feto è discesa sinclitica.

In altri termini il mio forcipe non agisce come quello con apparecchio di trazione, che in questo caso non avrebbero potuto tirare nell'asse, ma una parte di forza si sarebbe perduta in pressione contro la parete pubica secondo le giudiziose osservazioni già citate dal Cuzzi e dall'Inverardi, che fecero a tempo mitigare l'assolutismo del Tarnier.

L'Inverardi anzi scrive così: « Questo fatto avviene certo per una eccentricità nella direzione della forza traente che fa discendere la parte posteriore del capo prima dell'anteriore. Questo fatto deve avvenire in tutti quei casi in cui *l'inclinazione pelvica è esagerata, e il manubrio non è sufficientemente lungo da raggiungere il prolungamento dell'asse dello stretto superiore.* »

Quando le osservazioni pratiche avranno raggiunto il numero plausibile per fare delle conclusioni, allora potrà darsi un giudizio assoluto del mio forcipe; per ora mi sembra che per il successo ottenuto sul cadavere e sul vivo possa meritare la considerazione dei clinici, e possa garantire chi volesse esperimentarne il giusto valore.

Io non voglio si creda che abbia la pretesa di avere fatto una scoperta che non ammetta discussione. Io vi presento il mio forcipe come è; forse avrà bisogno di essere perfezionato da qualche cambiamento o modificazione, che prima di essere usato largamente non possono farsi; ma il principio sul quale è basato nella costruzione delle cucchiaia articolate credo sia giustissimo. — Io pretendo invece una sola cosa: *di avere immaginato un forcipe nuovo, semplice, poco pesante, poco costoso, e* **traente nell'asse perfettamente.**

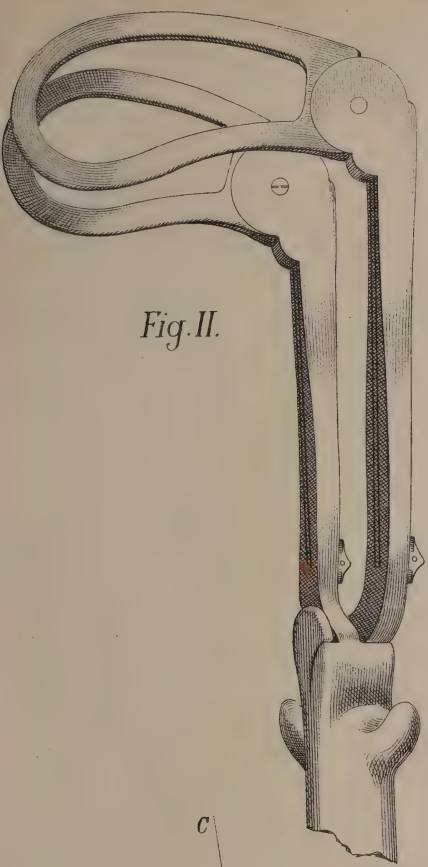
Nota. — Recentemente il fabbricatore di istrumenti sig. E. Bergamini ha costrutto un forcipe sul mio modello del peso di 700 grammi. Inoltre i fratelli Lollini hanno ridotto il peso dello stesso forcipe a 670 grammi, aumentandone alquanto la curva pelvica. Questo ultimo modello essendo stato alquanto posteriore all'altro non è stato riprodotto in figura.

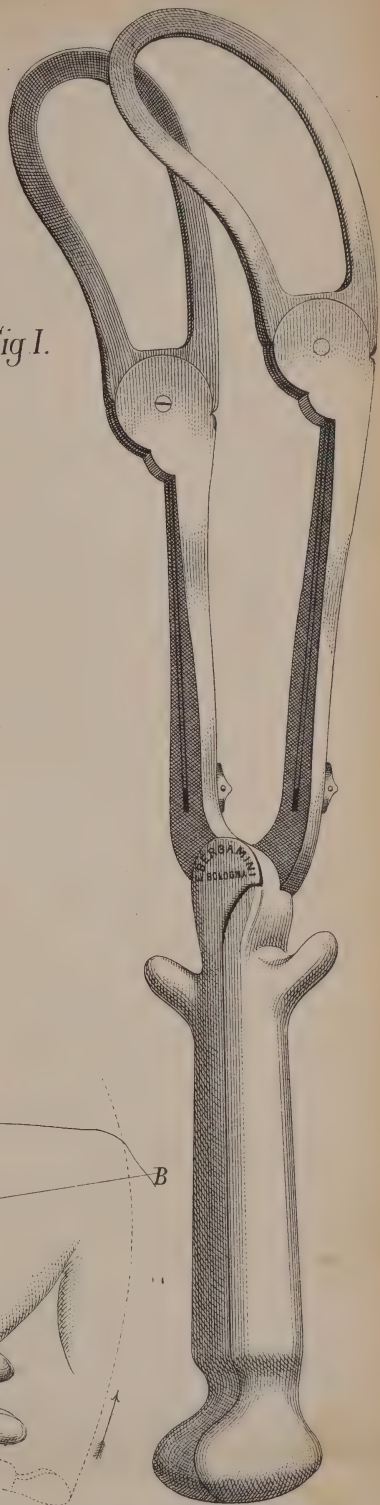
SPIEGAZIONE DELLE FIGURE.

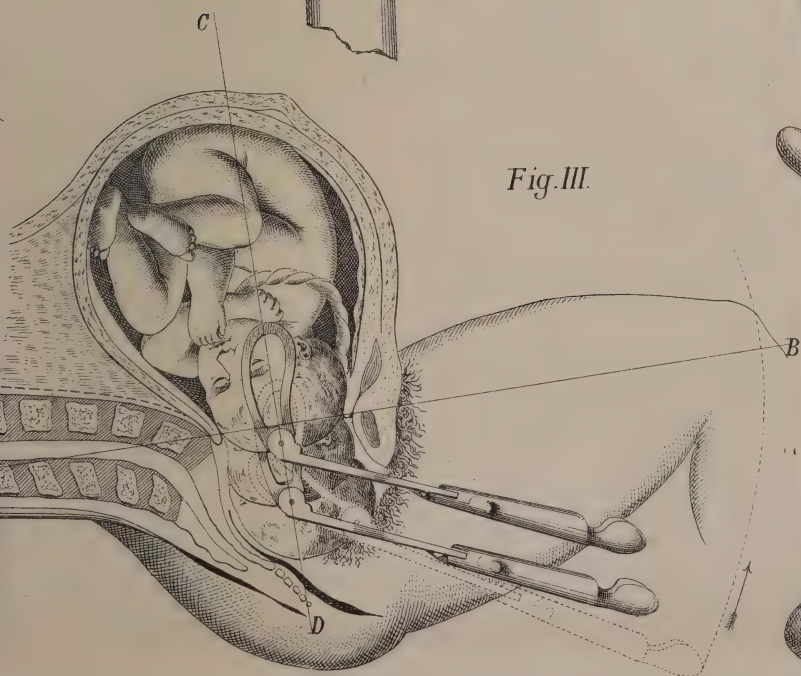
Fig. I. — *Nuovo Forcipe* veduto nella sua posizione naturale, cioè rappresentato come deve essere nel momento dell'applicazione. La grandezza del forcipe essendo la metà della vera si può formare un buon concetto tanto sulle dimensioni e robustezza delle cerniere, quanto sulla natura e modo di agire degli incastri, delineati nel lato anteriore delle branche per il loro braccio massimo (che con l'estremo superiore va a fissare l'articolazione delle cucchiaie) e nel lato posteriore mediante due bottoncini, che devono scorrere in due finestre brevi, scolpite per ogni branca. Inoltre si può desumere la leggerezza dalle forme complessive delle varie parti dell'istrumento, e là sua lunghezza totale che realmente misura cm. 39.

Fig. II. — *Lo stesso istrumento* rappresentato nella forma e direzione che assumono le cucchiaia quando è messa in libertà l'articolazione delle medesime. L'angolo rappresentato in tal modo dal forcipe è di 90° e perchè potesse rappresentare un angolo minore sarebbe necessario modificare leggermente il *tetto mobile* della cerniera. Ciò non è necessario (a meno che la pratica clinica non faccia modificare il mio giudizio) potendo noi in qualche modo correggere l'inclinazione esagerata del bacino rialzando il sacro. Si capisce però dalla figura che potendosi formare qualsiasi grado di angolo ottuso oltre che il retto, il forcipe si adatta *automaticamente* secondo l'inclinazione pelvica, senza che per ciò si modifichi la direzione delle trazioni secondo l'asse dello stretto superiore.

Fig. III. — *Lo stesso istrumento* rappresentato nel suo modo di agire e nei rapporti che prende colle parti fetali e materne una volta applicato allo stretto superiore e messe in libertà le articolazioni. La linea *A B* rappresenta la direzione del piano dello stretto superiore; la linea *C D* l'asse dello stretto superiore. Il forcipe è disegnato tre volte: prima, quando ha fatto la presa, secondo, quando l'ha trasportata dallo stretto superiore al fondo pelvico e finalmente quando è per varcare lo stretto inferiore. Nella prima e seconda rappresentazione le cucchiaie del forcipe sono piegate e le trazioni si esercitano lungo l'asse dello stretto superiore. Nella 3ª rappresentazione il forcipe è ritornato rigido (ossia nella sua forma naturale) e le trazioni si esercitano nella direzione di una linea curva punteggiata, indicata pure da una freccia.







LIT. F. BARBIERI - BOLOGNA

15

(*Continuazione, vedi pag. 751, anno scorso*).

GRUPPO *C.* — Vomito incoerc. della gravid. in casi in cui l'utero era (probabilmente in tutti), in istato di anti-posiz.

Caso	Autore	Posizione dell'utero; Incuneamento o detenzione dell'utero nella pelvi	Trattamento col sollevamento del corpo dell'utero	Trattamento col riposo e con farmaci	Contrazione o rigidità del collo	Trattamento col processo di Copeman	Aborto artificiale o naturale	Guarigione del vomito	Morte
47	STOLTZ	Antiflessione con incuneamento.	Un solo sollevamento che produsse miglioramento.	—	—	—	—	Guarigione temporanea.	Morte per recidiva non curata.
48	ULRICH	Antiflessione con incuneamento.	Irriducibile.	—	—	—	—	—	Morte.
49	TYLER SMITH	Anti-posizione? Incuneamento.	—	Riposo, ecc.	—	—	Aborto naturale.	Miglioramento.	Morte in seguito; tisi galoppante.
50	BENNET	Il testo indica antiflessione o versione.	—	Caustici, Riposo, ecc.	—	—	—	Guarigione.	—
51	G. HEWITT	Antiflessione con detenzione.	—	Riposo, ecc.	—	—	—	Guarigione.	—
52	MUNRO	Antiflessione con incuneamento irreducibile.	Presumibilmente tentativi di riduzione.	—	—	—	Aborto artificiale.	Guarigione.	—
53	M. CLINTOCK	Antiflessione.	—	—	—	—	Aborto artificiale.	Guarigione.	—
54	G. HEWITT	Antiflessione con detenzione.	—	Riposo, ecc.	—	—	—	Guarigione.	—
55	COPEMAN	Antiposizione: gravida a sei mesi.	—	—	?	Dilatazione.	—	Guarigione.	—
56	COPEMAN	Antiversione: gravida a due mesi.	—	—	?	Dilatazione.	—	Guarigione.	—
57	COPEMAN	Gravida a otto mesi.	—	—	?	Dilatazione.	—	Guarigione.	—
58	COPEMAN	Estrema antiversione con detenzione: gravida a cinque mesi.	Sollevamento meccanico.	—	?	—	—	Guarigione.	—

Caso	Autore	Posizione dell' utero; Incuneamento o detenzione dell' utero nella pelvi	Trattamento col sollevamento del corpo dell' utero	Trattamento col riposo e con farmaci	Contrazione o rigidità del collo	Trattamento col processo di Copeman	Aborto artificiale o naturale	Guarigione del vomito	Morte
59	COPEMAN	Antiversione con detenzione.	Sollevamento meccanico.	—	?	Una sola dilatazione leggiera.	—	Guarigione.	—
60	COPEMAN	Anti-posizione.	—	—	Rigidità.	Dilatazione.	—	Guarigione.	—
61	COPEMAN	Nessuna notizia.	—	—	?	Dilatazione.	—	Guarigione.	—
62	ATKINSON	Nessuna notizia.	—	—	?	Dilatazione.	—	Guarigione.	—
63	NINOT	Nessuna notizia.	—	—	?	Dilatazione.	—	Guarigione.	—
64	DUKES	Nessuna notizia.	—	—	Duro.	Dilatazione.	—	Guarigione.	—
65	GOOCH	Nessuna notizia.	—	—	?	Dilatazione.	—	Guarigione.	—
66	ROSHENTHAL	Nessuna notizia.	—	—	?	Dilatazione.	—	Guarigione.	—
67	ROSHENTHAL	Nessuna notizia.	—	—	?	Dilatazione.	—	Guarigione.	—
68	FRY	Nessuna notizia.	—	—	Cartilaginoso.	Dilatazione.	—	Guarigione.	—
69	MURILLO	Nessuna notizia.	—	—	?	Dilatazione.	—	—	—
70	G. HEWITT	Antiversione obliqua; incuneato.	—	Riposo, ecc.	—	—	—	Guarigione.	—
71	G. HEWITT	Antiflessione precedente.	—	—	Grande rigidità.	Aborto.	Aborto.	Miglioramento.	Morte in seguito.
72	G. HEWITT	Antiflessione, tumefatto.	—	—	—	—	—	Risultato sconosciuto.	—
73	G. HEWITT	Antiflessione con incuneamento.	—	Riposo, ecc.	—	—	—	Guarigione.	—
74	MARION SIMS	Orificio granuloso.	—	Caustici.	—	—	—	Guarigione.	—
75	HADDON	Congestione dell' orificio.	—	Caustici.	—	—	—	Guarigione in tre mesi.	—
	JONES (Chicago)	Nessuna notizia.	—	Caustici.	—	—	—	Guarigione in cinque casi.	—

Caso	Autore	Posizione dell'utero; Incuneamento o detenzione dell'utero nella pelvi	Trattamento col sollevamento del corpo dell'utero	Trattamento col riposo e con farmaci	Contrazione o rigidità del collo	Trattamento col processo di Copeman	Aborto artificiale o naturale	Guarigione del vomito	Morte
77	Horwitz	Antiflessione con incuneamento.	Tamponi vaginali.	—	Inspessito.	—	Aborto naturale.	Guarigione.	—
78	Horwitz	Antiflessione con incuneamento irreducibile.	Irreducibile.	—	Duro.	—	Aborto progettato.	—	Morte.
79	Horwitz	Antiflessione: incuneamento irreducibile.	Irreducibile.	—	Inspessito, allungato.	—	Aborto artificiale.	—	Morte.
80	Horwitz	Antiflessione: incuneamento.	?	—	—	—	Aborto artificiale.	Guarigione.	—
81	Horwitz	Antiflessione.	?	—	Inspessito, molle.	—	Aborto artificiale.	Guarigione.	—
82	Horwitz	Antiflessione: incuneamento.	?	—	Piuttosto duro.	Dilatazione.	Aborto artificiale.	Guarigione.	—
83	Horwitz	Antiflessione: incuneamento.	Il tentativo del raddrizzamento produce molto dolore.	—	Inspessito.	Dilatazione.	Aborto artificiale.	—	Morte.
84	Haslett	Antiflessione: incuneamento irreducibile.	—	—	—	—	Aborto artificiale.	Guarigione.	—
85	Davis	Antiflessione: incuneamento.	Sollevamento ed uso di pessario.	—	—	—	—	Guarigione.	—
86	Campbell	Antiflessione: incarcemento.	Sollevamento meccanico.	—	—	—	—	Guarigione.	—
87	G. Hewitt	Antiflessione: incarceramento.	Sollevamento meccanico.	—	Indurimento e tumefazione della parte anteriore inferiore dell'utero.	—	—	Guarigione.	—
88	Doe	Antiflessione: incarceramento.	Riduzione facile, ma poteva solo essere mantenuta dai tamponi.	—	Fisso immobile.	—	—	Guarigione.	—

Caso	Autore	Posizione dell'utero; Incuneamento o detenzione dell'utero nella pelvi	Trattamento col sollevamento del corpo dell'utero	Trattamento col riposo e con farmaci	Contrazione o rigidità del collo	Trattamento col processo di Copeman	Aborto artificiale o naturale	Guarigione del vomito	Morte
89	Clark	Antiflessione.	—	—	—	—	Aborto artific.	Guarigione.	—
90	Veatch	Antiflessione: incarceramento.	La paziente non permise il sollevamento.	—	—	—	Aborto natur.	Guarigione.	—
91	De Voe	Antiflessione: detenzione.	Sollevamento meccanico.	—	—	—	—	Guarigione.	—
92	W. Duncan	Antiflessione.	—	Applicazione di cocaina.	—	—	—	Guarigione.	—
93	W. Duncan	Antiflessione.	—	Applicazione di cocaina.	—	—	—	Guarigione.	—
94	Stedman	Antiflessione.	—	Applicazione di tintura eterea di iodio.	—	—	—	Guarigione.	—
95	F. G. Smith	Antiflessione.	—	—	—	—	Aborto artific.	—	Morte in seguito.
96	Meredith	Antiflessione.	—	—	Forte rigidità.	Dilatazione.	—	Guarigione.	—
97	Kingman	Antiflessione: incarceramento.	Sollevamento meccanico, ecc.	—	—	—	—	Miglioramento parziale.	Morte.
98	Guéniot	Antiflessione: incuneamento.	Sollevamento meccanico.	—	—	—	—	Guarigione.	—
99	Pugliatti	Forte antiversione.	Tamponi vaginali.	—	Orificio esterno piccolissimo.	Candeletta.	—	Guarigione.	—
100	G. Hewitt	Antiflessione: incarceramento.	Sollevamento meccanico, col dito e coll'uso del pessario ad aria qualche volta.	—	Indurimento e tumef. anterior. a livello dell'orif. interno.	—	—	Guarigione.	—
101	Jaggard	Antiflessione mobile.	—	—	—	—	Aborto artific.	—	Morte.

Caso 47. Stoltz. *Gaz. Méd.*, giugno 1852.

Avea avuto un figlio prima, gravidanza piuttosto molesta. Nella seconda gravidanza il vomito incominciò nel terzo mese, continuò per quindici giorni, vomito venti volte al giorno. Visitata il 25 maggio, stava molto male. All'esplorazione vaginale si trovò che l'utero occupava il piccolo bacino, col collo giacente nel fornice posteriore. Stoltz tentò di sollevare l'utero e vi riuscì tanto ch'esso sporgeva sull'ipogastrio senza produrre molto dolore. Durante questa manovra non vi fu alcun conato di vomito, ed il movimento dell'utero parve si fosse fatto bene. Furono prescritti narcotici. Abitando a settantacinque chilometri di distanza, egli avea progettato di proporre agli amici il parto prematuro artificiale. Il giorno appresso, il vomito era diminuito e la paziente prese cibo. Cinque giorni dopo il vomito era ritornato e la paziente stava molto male. Il 2 giugno, Stoltz andò allo scopo di provocare il parto, ma era troppo tardi, e la paziente morì cinque giorni dopo.

Evidentemente questo è un caso di antiversione dell'utero gravido. Il vomito migliorò sollevando l'utero sul margine della pelvi, ma non furono prese delle precauzioni per impedirne la ridiscesa dentro la pelvi. Probabilmente se ciò fosse stato fatto, il risultato sarebbe stato differente.

Caso 48. Ulrich, *Monatssch. f. Geb.*, 1858.

Signora Fredelenburg, di anni 34. Anamnesi dolorosa. Prima gravidanza. Visitata quando era gravida a circa tre mesi. Il vomito incominciò a sei settimane, aumentando presto in intensità, con acuti spasimi epigastrici, grande prostrazione. All'esplorazione la cervice era molto alta. Il corpo dell'utero ingrandito e raddoppiato si sentiva stare dietro alla branca orizzontale del pube di destra. Utero fortemente antiflesso. La posizione flessa si sentiva distintamente attraverso il fornice vaginale. Molti tentativi furono fatti per raddrizzare l'utero deviato, tutti con insuccesso. Tentativi infruttiferi furono anche fatti per introdurre la sonda dentro l'utero. Tre settimane dopo l'ingresso all'ospedale, il caso fu creduto disperato anche se l'utero potesse esser vuotato. Morte alla fine del quarto mese. P. M. fu verificata la diagnosi. Corpo 5 1/4 pollici; flessione a tre pollici dall'orificio esterno. Inferiormente superficie dell'utero molle, superiormente addensata e fissa. Ulrich dice: La piegatura dell'utero ed il consecutivo ostacolo alla regolare espansione ed aumento dell'utero era la causa che produceva il vomito ostinato.

Caso 49. Tyler Smith, *Obst. Trans.*, vol. I.

Un caso di vomito eccessivo in principio di gravidanza dipendente dall'irritazione dell'utero gravido.

La paziente avea 19 anni, precedentemente di perfetta salute. Il vomito incominciò quasi immediatamente dopo il principio della gravidanza. Quando fu visitata dal dott. Tyler Smith essa era gravida da circa due mesi. Essa era in quel momento in uno stato di estrema emaciazione; il vomito era costante; il polso

contava 120 a 140; grande sensibilità dell'epigastrio, delirio qualche volta, altre volte semi-coscienza. Essa giaceva disperatamente in posizione supina, incapace di muovere il suo corpo o le membra per la estrema debolezza. L'utero si trovò ingrandito, e l'orificio rammollito. Fu fatta la diagnosi di gravidanza. Trattata con semplici dosi di cucchiaini di brodo o latte ogni mezz'ora essa fu conservata in vita, essendo falliti tutti gli altri mezzi per frenare il vomito. Furono anche praticate delle iniezioni di brodo, e furono usate delle unzioni di olio di fegato di merluzzo. L'emaciazione, tuttavia, progrediva, e quindici giorni dopo essa pesava solo 47 1[2 libbre. Il nutrimento fu aumentato portandolo ad un cucchiaio per volta, ed essa rapidamente aumentò di peso. Per breve tempo in assenza del dott. Tyler Smith questa paziente fu sotto la mia cura (dott. G. Fleuritt). Alla fine di ottobre (quando era gravida da circa cinque mesi) il dott. Tyler Smith trovò il tumore uterino al di sopra del margine pelvico: il battito cardiaco fu sentito il 29 novembre. L'aborto sopravvenne spontaneamente il 3 dicembre, e l'uovo fu espulso completo. L'uovo contava cinque mesi, ma era piccolo in rapporto a questa età. La memoria è accompagnata da una fotografia della paziente quando era gravida da circa 2 1[2 mesi. La paziente stette bene per tre settimane, quando si manifestarono i sintomi di una rapida tisi. Essa lasciò l'ospedale nel successivo febbraio in uno stadio avanzato di consunzione.

Caso 50. Enrico Bennet, *Infiammazione dell'utero*, 4.ª ed., 1861, p. 175.

Paziente di anni 29, maritata presto, tre aborti, leucorrea, cattiva salute. Gravida per la quinta e sesta volta. Lo stomaco rigetta ogni cosa. Il vomito si manifestò alla fine del secondo mese. Cervice voluminosa, indurita, specialmente il labbro anteriore, cervice molto retroversa. Cervice che si raggiungeva e si vedeva con difficoltà a causa della estrema retroversione. Il labbro inferiore e la circonferenza dell'orificio presenta una superficie fungosa sanguinante ulcerata. Utero un po' ingrossato. Si provò che la paziente era gravida. Furono usati i caustici ed altre cure. Finalmente l'utero si sollevò dalla pelvi; scomparendo l'indurimento all'orificio. Parto a termine.

Caso 51. Graily Hewitt, *Obst. Trans.*, 1871.

Paziente di anni 24, visitata insieme al dott. Royston. Avea prima sofferto per menorragia, e non poteva danzare senza provare disturbo. Vomito molto grave per una quindicina. La paziente fu visitata nel quarto mese. Bocca dell'utero molto indietro. Fornice vaginale molto depresso, utero antiflesso, molto abbassato. Il trattamento principale consiste nel mantenimento della posizione orizzontale. Il vomito scomparve subito. Parto a termine.

Caso 52. Enea Munro, *Glas. Med. J.*, agosto, 1872.

Signora . . . . , di anni 21. Quattro settimane dopo la scomparsa della mestruazione si manifestarono vomito e nausea, minzione frequente e dolorosa all'ottava settimana, ogni alimento veniva vomitato. Furono tentati vari medicamenti senza effetto. Alla decima settimana si trovava molto male, emaciata, vomito frequente, a cui seguiva vomiturazione. All'esplorazione l'utero era acutamente an-

tiflesso . . . . era completamente fissato e perfettamente simile ad un utero al secondo o terzo mese circa di gestazione. Fu fatto il tentativo di spingere l'utero in alto, ma il tentativo fallì allora come anche frequentemente di poi. Non si concepì l'idea che ci fosse un inchiodamento del fondo dell'utero . . . . poichè il tumore non avea il contorno del fondo, e poi la sonda introdotta penetrava liberamente per 5 1[2 pollici. La paziente andò peggiorando sino alla fine del terzo mese, quando fu decisa la provocazione dell'aborto. Dapprima fu usata la sonda: dopo due giorni furono adoperate la spugna preparata, e quindi i coni di laminaria. L'uovo fu espulso al terzo giorno. Guarigione; gravidanza successiva portata favorevolmente a termine. Il caso descritto giustifica fino a un certo punto in modo notevolissimo quanto il dott. Hewitt ha detto sul riguardo, ma l'autore crede che il dott. H. sia in errore attribuendo il vomito della gravidanza esclusivamente alla flessione dell'utero.

Caso 53. M. Clintock, *Dub. Med. J.*, maggio 1873.

22 anni, prima gravidanza. Quando fu visitata la prima volta era gravida da due mesi. Il tumore uterino non poteva esser distinto al di sopra del pube, ma *per vaginam* il corpo dell'organo poteva sentirsi ingrandito e leggermente antiverso, come ordinariamente s'incontra in questo periodo della gestazione uterina . . . . Non sembrò possibile ch'essa potesse sopravvivere a lungo se non si fosse migliorato significantemente il vomito. Dieci giorni dopo essa era tanto peggiorata che era chiaro che se non si fosse ottenuto un miglioramento non avrebbe potuto sopravvivere per molte ore. Aborto provocato. Guarigione.

Caso 54. Graily Hewitt, *Dis. of Women*, 4.ª ed., p. 367.

Osservata dal dott. Skerritt nell'Osped. del Col. Univ., di anni 21. La mestruazione era stata scarsa e dolorosa. Nel terzo mese della prima gravidanza osservò nausea e vomito incoercibile con dolore ipogastrico, orificio lontano ed indietro. Utero antiflesso, corpo molto ingrossato; si sentiva un poco di più al lato sinistro. Il corpo dell'utero si sentiva proprio sul livello del bacino. La paziente era in via di guarigione, l'utero s'innalzava sul margine superiore del bacino, e quando io la vidi poche settimane dopo, dopo il riposo nella posizione orizzontale, l'utero era quasi normale, vomito guarito.

Caso 55. Copeman, « Un nuovo metodo di cura del vomito ostinato nella gravidanza. » *Brit. Med. Journ.*, 15 maggio 1875.

9 giugno 1874.

Io fui chiamato da una signora di circa 35 anni di età, alla presenza di altri due medici. La paziente avea oltrepassato i 6 mesi di gravidanza ed era ridotta a tale dal vomito quasi incessante che si nutrivano grandi timori sulla sua salvezza. Io osservai un leggiero movimento uterino che accompagnava il vomito, ed all'esplorazione trovai la bocca dell'utero parzialmente dilatata tanto da permettere facilmente l'introduzione del dito. Io consigliai di provocare il parto senza indugio; i signori presenti dubitavano che la paziente non avesse tanta forza da sopportare l'operazione, quantunque riconoscessero l'opportunità del mezzo da me raccomandato, e mi invitarono ad eseguire l'operazione. Dilatai subito quanto potei

col dito l'orificio e potei sentire le membrane e la testa del bambino. Fu fatto un tentativo di rompere le membrane con un catetere ma senza successo. Altri ostacoli s'interposero per un'ora, quando noi fummo sorpresi di notare che era trascorso un periodo di tempo più lungo di prima senza vomito, ed aspettammo di nuovo nella speranza ch'essa potesse prender qualche nutrimento ed essere così preparata meglio a subire ogni ulteriore procedimento. Durante il resto della notte la paziente migliorò, e si decise di lasciarla a sè. Non vi fu più ricomparsa del vomito. Essa arrivò al termine; il bambino venne fuori sano e si ebbe la completa guarigione.

(Questo è il caso in cui il dott. Copeman impiegò per la prima volta la dilatazione del collo dell'utero in un caso di vomito incoercibile della gravidanza).

Caso 56. Copeman, *Brit. Med. Journ.*, maggio 1875.

Paziente gravida da due mesi, vomito incoercibile, un leggiero grado di antiversione dell'utero, e l'orificio si trovò leggermente appariscente. L'orificio fu ulteriormente dilatato col dito, ed il vomito cessò da quel momento.

Caso 57. Copeman, *Brit. Med. Journ.*, 15 maggio 1875.

Paziente, madre di nove figli. Ora gravida a otto mesi. Vomito generalmente costante durante l'inizio della gravidanza, e spesso per parecchi mesi. Vomito durante le ultime tre settimane. Presentemente vomito incessante incoercibile. Albumina e pus nell'urina, e pochi precipitati; assenza di idropisia. L'orificio si trovò appariscente, raggrinzato e dilatabile, e fu ulteriormente dilatato col dito, dopo di che il vomito cessò (curata nell'aprile 1875). Partorì felicemente a circa otto mesi.

Caso 58. Copeman, *Brit. Med. Journ.*, novembre 1875.

La paziente ha un figlio, ora è gravida da cinque mesi. Prese un grave raffreddore, ebbe una dolorosa nevralgia frontale; quindi si manifestò il vomito costante. All'esplorazione la bocca dell'utero si trovò corrispondente al promontorio del sacro, l'utero era antiverso in grado massimo, e la testa del bambino si sentiva attraverso la parete uterina anteriore sotto il livello dell'orificio esterno, che era appariscente. Minzione frequente. L'utero fu situato in posizione migliore, e vi si mantenne, spingendo quanto più in alto fu possibile la testa fetale. Dopo questo procedimento il vomito cessò completamente e non si rinnovò. Anche la nevralgia sparì il giorno appresso. Per alcune settimane prima che fosse assalita dal vomito la paziente avea fatto degli sforzi eccezionali — avea remato.

Caso 59. Copeman, *Brit. Med. Journ.*, 28 settembre 1887.

Signora M. . . . . , gravida da 11 settimane, avea sofferto di vomito mattutino, ma nell'ultima settimana avea avuto vomito grave ed incoercibile, rigettando ogni cibo. Forte dolore addominale e costipazione. Fondo dell'utero dolente alla pressione, ottusità sul cieco, l'orificio si trovò chiuso, il fondo dell'utero spostato in avanti. Questo spostamento fu corretto e le intestina vennero sbarazzate con un purgante. Il giorno appresso il vomito era molto diminuito, ma continuava ancora

un poco. L'orificio fu dilatato col dito introdotto fino alla articolazione falangea del medio. La paziente giunse a termine della gestazione.

Caso 60. Copeman, *Brit. Med. Journ.*, 17 maggio 1879.

Primipara, di anni 35. Gravida da sei settimane, vomito da tre settimane, ogni cibo veniva rigettato, clisteri nutritivi per due settimane, poscia non furono più tollerati. Posizione dell'utero giudicata normale, labbro posteriore dell'orificio duro ed immobile; l'orificio avrebbe solo permesso l'introduzione di una candeletta uretrale. Esso fu allora gradatamente dilatato, e consecutivamente, dopo due giorni di riposo, il vomito gradatamente cessò. Parto a termine.

Caso 61. Copeman, *Brit. Med. Journ.*, 21 giugno 1879.

Paziente di anni 23. Ha due figli, gravida da sei settimane. Vomito eccessivo, quasi incessante da due settimane. Dopo la dilatazione dell'orificio col dito sino all'orificio interno, il vomito cessò.

Caso 62. Atkinson, Halifax, *Brit. Med. Journ.*, novembre 1875.

Caso descritto dall'A. multipara, osservata a sei mesi. Presenza di vomito incessante. Il vomito cessò dopo la dilatazione digitale della bocca dell'utero.

Caso 63. Minot, Boston U. S. A., *Brit. Med. Journ.*, settembre 1876.

In un caso una spugna preparata introdotta dentro il collo calmò il vomito.

Caso 64. Dukes, *Brit. Med. Journ.*, 23 febbraio 1878.

Paziente di anni 33. Cinque figli, cinque aborti; gravidanza precedente alleviata col parto prematuro provocato. Il vomito si manifestò in questa occasione a due settimane. Vomito incessante. Tessuti dell'orificio esterno durissimi e cartilaginei. L'orificio venne dilatato digitalmente. Il vomito si alleviò subito e presto cessò.

Caso 65. Gooch, *Brit. Med. Journ.*, settembre 1878.

Terza gravidanza. Osservazione fatta a gravidanza di otto mesi; vi era stato vomito incessante per due mesi. La bocca dell'utero fu dilatata col dito, e le membrane scollate attorno all'orificio. Fuoriuscita di materie molto decomposte. Miglioramento del vomito. Parto a termine.

Caso 66. Rosenthal, *Brit. Med. Journ.*, agosto 1872.

La paziente in una seconda gravidanza fu curata del vomito colla dilatazione digitale della bocca dell'utero.

Caso 67. Rosenthal, *Brit. Med. Journ.*, agosto 1879.

In un secondo caso, si parla di una primipara stata curata colla dilatazione digitale dell'orificio.

Caso 68. Fry (Swansea), *Brit. Med. Journ.*, marzo 1880.

In una precedente gravidanza fu necessario il parto prematuro. Cervice, e specialmente il labbro posteriore, dura e cartilaginosa. Nè il dito nè la tenta potevano introdursi dentro la cervice. Venne adoperata una pinza da gola lunga e leggermente curva, e delicatamente, ma con una certa forza, l'orificio esterno venne così dilatato. Effetto immediato nel miglioramento del vomito.

Caso 69. Murillo (Santiago), *Lond. Med. Rec.*, febbraio 1878.

Primipara. Vomito grave. Osservazione al terzo mese; per quattro volte, ad intervalli di uno o due giorni, fu introdotto il dito sino all'orificio interno nella cervice rammollita. Dopo una settimana il vomito cessò.

Caso. 70. Graily Hewitt, 1879.

La paziente era la moglie di un medico in Essex, di anni 24. Io la vidi la prima volta nel 1888 durante un attacco di cellulite pelvica che seguì il quarto parto. Non molto dopo essa mi consultò, essendo sofferente per vomito grave con forte dolore e senso di stringimento nella regione pelvica. Essa era allora al sesto mese di gravidanza. Il collo dell'utero era cacciato indietro nell'angolo posteriore destro del bacino, l'utero antiflesso stava accollato alla branca sinistra del pube ed era inchiodato nella pelvi. Il giudizio fatto fu che l'anormale posizione dell'utero fosse probabilmente dovuta ad aderenze che erano l'effetto della cellulite pelvica. La paziente fu messa nella posizione orizzontale ed il corpo uterino lentamente si sollevò dalla pelvi, scomparendo il vomito. Tuttavia, si ebbe un aborto a sette mesi. Questa paziente ha avuto due figli che ha portato a termine. La successiva gravidanza fu accompagnata nei primi mesi da sintomi simili a quelli sopra descritti, ma nell'ultima gravidanza non si osservarono sintomi patologici. È certo che l'utero è ancora alquanto deviato.

Caso 71. Graily Hewitt, 1879.

Signora . . . . , di anni 33, mi consultò per la prima volta nel 1877. Essa avea avuto quattro figli, e dopo l'ultimo parto era rimasta assai debole. Io la trovai affetta da antiflessione dell'utero con grande ipertrofia congestiva dell'orificio esterno e della cervice. Dopo alcuni mesi essa migliorò molto, ed un anno circa dopo che io l'avevo vista per la prima volta essa divenne gravida ma ebbe un aborto assai precoce. Poco tempo dopo fu gravida di nuovo. Quasi dal principio vi fu vomito. Alla settima settimana questo era divenuto molto imponente e grave. Il collo dell'utero in questo periodo era molto aumentato di volume e spessezza, e di consistenza molto solida e densa. Il corpo uterino era inclinato in avanti ma non molto, poichè era stato usato un pessario per impedire questa tendenza. Questo fu tolto quando il vomito peggiorò, ma siccome ogni giorno il vomito aumentava in intensità fu di nuovo adoperato, quantunque senza effetto. E siccome le forze della paziente andavano mancando io mi decisi a dilatare la cervice secondo il metodo usato dal dott. Copeman, coll'idea di arrestare il vomito, o come prima manovra per la provocazione dell'aborto qualora il vomito

non avesse subìto alcuna modificazione. Per dilatare la cervice io adoperai un dilatatore metallico bitagliente, che agisce con grande precisione e forza. Questo era uno strumento usato prima dal defunto dott. Rigby. La cervice era così densa che si provò la massima difficoltà nel dilatarla, e trascorsero otto ore, compresi i frequenti intervalli di riposo, per allargarla fino al diametro della prima articolazione del dito mignolo. Il giorno appresso il vomito era migliorato. Alla sera si manifestarono i dolori del parto, e l'aborto sopravvenne due giorni dopo la dilatazione della cervice. Il vomito non era più molesto, e per qualche tempo si ebbero delle speranze di salvare la vita della paziente. Essa, tuttavia, soccombette, a quanto pare, per esaurimento, una quindicina dopo. In questo caso io fui costretto a concludere che il vomito grave fosse associato allo stato di denso inspessimento della cervice, e questo stato della cervice fosse associato ad un' antiflessione dell'utero imperfettamente guarita.

Caso 72. Graily Hewitt, *Dis. of Women*, 40 ed. p. 368.

Nel 1877 la signora . . . . ., di anni 33, che avea avuto otto figli e tre aborti, mi consultò per vomito molto grave con forte depressione mentale, poichè la paziente sembrava incapace a sopportare le sue sofferenze. La bocca dell'utero era tumefatta, l'utero antiflesso. Le tente erano state adoperate con insuccesso per provocare l'aborto. La paziente avea sofferto sintomi simili nelle precedenti gravidanze. Esito sconosciuto.

Caso 73. Graily Hewitt, *Dis. of. Women*, 40 ed. p. 369.

Nel 1879 la signora . . . . , di anni 34, mi consultò per vomito costante. Essa era gravida da tre mesi. Quattro figli. Io trovai l'orificio esterno cacciato indietro, compresso sul sacro, il corpo dell'utero antiflesso ed inchiodato al didietro del pube. Essa ebbe prescritto di stare a letto per una settimana, e di esser nutrita convenientemente. Alla fine di una quindicina il vomito si osservava una sola volta al giorno, in un mese poteva fare liberamente dei movimenti senza vomitare. Parto a termine. In questo caso io avrei subito praticato la riduzione dell'utero, ma la paziente abitava in campagna e fu creduto meglio di tentare prima i mezzi semplici.

Caso 74. Marion Sims. *Annal de Gynecol.* t. IX. 1878 (*vedi* Pugliatti), p. 432.

Paziente gravida per la quinta volta. Avea avuto precedentemente aborti con vomito incoercibile. Le labbra dell'orificio esterno furono trovate granulose e coperte da un' abbondante secrezione leucorroica. Fu fatta un' applicazione di soluzione di nitrato d'argento (1 in 10), e ne seguì la guarigione.

Caso 75. Haddon (Manchester), *B. Med. J.*, 8 nov. 1879.

Sono descritti tre casi in cui il vomito della gravidanza fu curato con successo colle applicazioni di nitrato d'argento su di una cervice congestionata ed erosa.

Caso 76. Jones (Chicago), *B. M. J.*, 13 luglio 1878.

In cinque casi la cervice fu cauterizzata col nitrato d'argento, quattro erano primipare. Lo stato dell'utero non è descritto.

Debbo ora rivolgere l'attenzione ad una pregevolissima memoria sul riguardo del Professore Horwitz (1), di Pietroburgo, pubblicata nel 1883, ed in cui egli riferisce i particolari di dieci casi di questa malattia che sono caduti sotto la sua propria osservazione, e questi casi sono descritti in tal maniera da costituire una importantissima aggiunta allo scarso materiale registrato. In tutti i dieci casi il vomito avea un carattere molto grave.

Io mi propongo di fare una breve analisi dei casi da lui riferiti.

Caso 77. (Caso 1 della serie di Horwitz.)

Primipara, di anni 22. La mestruazione incominciò presto, scarsa, ultimamente più profusa. Il vomito grave si manifestò alla decima settimana, insieme alla presenza di uno spiacevole odore particolare (sentito dalla paziente). Esplorazione fatta a quattro mesi appena di gravidanza: porzione vaginale molle, alquanto inspessita, inclinata direttamente indietro, il fondo « spiccatamente antiverso, giaceva nella superficie posteriore della sinfisi pubica, poteva essere raddrizzato solo con grandissima difficoltà, producendo molto dolore alla paziente, leggiera flessione nella parete uterina anteriore. » Minzione frequente. Tentativi senza effetto vennero fatti per alcuni giorni per migliorare la posizione dell'utero con tamponi di spugna. Finalmente sopravvenne l'aborto e ne seguì il miglioramento.

Caso. 78. (Caso 2 della sua serie). Horwitz, *loc. cit.*

24 anni. Un aborto precedente. Il vomito irrefrenabile si manifestò alla decima settimana della seconda gravidanza. Sensibilità speciale dell'organo dell'odorato. All'esplorazione l'utero si mostrava più grande di quanto avrebbe dovuto essere, e specialmente allargato al fondo, che era « molto spiccatamente antiverso. » L'utero fu raddrizzato con difficoltà, destando molto dolore alla paziente. Corpo dell'utero mollastro. Cervice piuttosto dura, diretta verso l'indietro. La paziente stava così male che fu consigliato l'aborto artificiale. Non fu mandato ad effetto. Morte pochi giorni dopo.

Caso 79. (Caso 4 della sua serie.) Horwitz, *loc. cit.*

24 anni. La paziente avea sofferto sintomi simulanti un catarro gastrico cronico per tre anni, sopravvenuta la gravidanza, questa fu gradatamente seguita da accessi

---

(1) « Ueber das unstillbare Erbrechen der Schwangeren. » *Zeitsch. f. Geburtsh. und Gynaek.*, Band IX Heft 1, 1883, p. 110. Tradotto dall'originale russo pubblicato nel 1882.

di vomito, che divenne irrefrenabile. Porzione vaginale molto allungata, inspessita, diretta indietro; utero chinato molto in basso anteriormente, raddrizzamento assai difficile, flessione marcata (Einknickung) sulla superficie anteriore. Fu provocato l'aborto artificiale, ne risultò una diminuzione del vomito, ma la morte per esaurimento seguì tre giorni dopo. Lo stomaco, all'esame necroscopico, mostrò delle piccole cicatrici, effetto di ulcerazioni, insieme ad inspessimento e proliferazione dei tessuti delle vicinanze; come pure un restringimento, che divideva lo stomaco in due parti, ed inspessimento delle pareti in corrispondenza del restringimento. Horwitz propone la frase « gastritis phlegmonosa » per descrivere le alterazioni riscontrate.

Caso 80. (Caso 7 della sua serie.) Horwitz, *loc. cit.*

24 anni. Il vomito si manifestò dopo un mese di gravidanza. Quando fu visitata a metà di gravidanza c'era stato vomito irrefrenabile per cinque settimane. Il fondo arrivava all'altezza di due dita e mezzo al disopra del pube, dolentissimo al tatto, porzione vaginale più lunga dell'ordinario, conica, diretta indietro; l'intiero utero molle, elastico, molto dolente, ed antiverso. L'utero fu raddrizzato con grande difficoltà, provocando molto dolore; le spugne furono impiegate per raddrizzare l'utero, e trattenute cinque ore. Il giorno seguente fu ripetuto lo stesso trattamento. Dopo quattro tentativi lo stato della paziente non era migliorato. Fu deciso l'aborto artificiale; eseguito colla dilatazione della cervice colla spugna, e consecutiva rottura delle membrane colla sonda. Il vomito cessò durante l'operazione. La paziente guarì. Due giorni dopo l'utero si trovò marcatamente antiverso.

Caso. 81. (Caso 8 della sua serie.) Horwitz, *loc. cit.*

Anni 31. Curata prima per dismenorrea, menorragia, e sterilità. V'era stata considerevole antiflessione, e grave endometrite cervicale. Il trattamento fu efficace, la paziente concepì, ma abortì al terzo mese, sintomi riapparvero. La paziente lasciò il suo paese, ebbe un bambino, e quindi tornò in patria. La paziente è ora gravida da due mesi e mezzo, e soffre di vomito grave; porzione vaginale molto inspessita, mollastra, molto deviata indietro ed a sinistra, il fondo assai più grande di quanto avrebbe dovuto essere, piuttosto duro, curvato in avanti e verso il lato destro. Lo speculum mostra una forte iperemia della cervice ed un arrovesciamento del labbro anteriore specialmente. Trattamento: calmanti, qualche scarificazione sul labbro anteriore ed applicazione di caustici, clisteri nutritivi, etc. Stato generale peggiore dopo due settimane di cura. Fu deciso l'aborto artificiale, e provocato per mezzo della spugna e della sonda, e completato in tre giorni. La paziente si guarì perfettamente. (Non è detto se fosse stato tentato il raddrizzamento o meno.)

Caso 82. (Caso 9 della sua serie.) Horwitz, *loc. cit.*

Anni 20. Primipara. La nausea si manifestò presto, seguì rapidamente vomito grave, e lo stato della paziente si fece molto allarmante. I mezzi ordinarii furono inutili. La porzione vaginale conica, piuttosto dura, giaceva molto in basso, e deviata solo leggermente indietro; l'utero corrispondeva a quello di una gestante a

due mesi e mezzo, antiflessione assai marcata; fondo dolentissimo al tatto, specialmente quando ritentava di correggere la sua posizione. Furono consigliate le doccie calde. Dopo due giorni nessun miglioramento; vomito incessante, grande esaurimento, dolore all'addome. Fu tentato il processo di Copeman: le candelette furono usate per dilatare la cervice, e dopo qualche tempo il dito potè essere introdotto. Il giorno seguente la cervice fu dilatata ancora di più, con pochissimo effetto sullo stato della paziente. Due giorni dopo la morte era imminente. Allora fu provocato l'aborto artificiale, ed espletato in due giorni. Il vomito si ebbe poche volte dopo il vuotamento dell'utero e quindi cessò. Attacco di perimetrite quattro giorni dopo, di cui la paziente gradatamente guarì.

Caso 83. (Caso 10 della sua serie.) Horwitz, *loc. cit.*

Anni 36. Quattro figli, l'ultimo quattro anni fa, dopo di cui ha sofferto di dolori, leucorrea, e dismenorrea. Il vomito si manifestò sette settimane dopo l'inizio della gravidanza, e presto divenne grave ed allarmante nei suoi effetti. La paziente era molto emaciata, l'addome molto dolente; il fondo dell'utero a due dita d'altezza sopra del pube più verso il lato destro; porzione vaginale spessa, allungata, diretta spiccatamente a sinistra ed indietro ed in modo che l'orificio esterno veniva raggiunto con molta difficoltà; tessuti delle pareti uterine, specialmente al fondo, inspessiti. Il tentativo di raddrizzare l'utero suscitava molto dolore. L'autore considerò questo caso come una complicazione della gravidanza con metrite parenchimale cronica e spiccata antiversione. Il raddrizzamento dell'utero fu tentato, fu collocata una spugna sotto la porzione vaginale, doccie vaginali calde ogni tre ore, clisteri nutritivi e posizione orizzontale. Alcuni giorni dopo la paziente peggiorava. Allora fu tentata la dilatazione della cervice secondo Copeman, e con buoni effetti contemporanei. Questa operazione fu ripetuta il giorno appresso, ma non produsse alcun effetto. Il quinto giorno dopo la prima visita fu creduto necessario l'aborto artificiale, espletato in due giorni e mezzo. Il vomito cessò, ma cinque ore dopo la paziente fu presa da forte stringimento di petto, e presto sopravvenne l'apnea e la morte. Horwitz crede probabile che in questo caso la morte sia avvenuta per embolismo dell'arteria polmonare.

I dieci casi riferiti da Horwitz sono davvero di notevole interesse riguardo all'argomento attualmente in discussione. In sette casi l'utero era notevolmente antiflesso e antiverso; non solo, ma questa alterazione era anche così spiccata che degli sforzi meccanici furono fatti in sei dei casi da Horwitz per mettere l'utero in migliore posizione. In uno degli altri casi, in cui non fu tentato tale sollevamento meccanico, la paziente fu creduta affetta da gravidanza estra-uterina, che poi non fu che un errore diagnostico. In questo caso l'utero era obliquamente antiverso, ma vi era un tumore indietro che oscurava la diagnosi. Nel maggior numero dei casi l'utero era molto dolente al tatto, e nella più gran parte di essi l'autore crede che le pareti uterine e la cervice fossero in istato d'infiammazione parenchimatosa. I dati stabiliti dal prof. Horwitz in rapporto a

questi casi, dati che io ho accuratamente raccolto nei suestratti resoconti dei suoi casi, sono di gran valore riguardo alla associazione delle deviazioni col vomito. Le conclusioni tratte da questi casi dal prof. Horwitz sono assolutamente contraddittorie l'una all'altra, come mi propongo di dimostrare.

Discutendo la patologia della malattia, Horwitz critica le idee che io avevo espresso in proposito su questo argomento nel 1871 con queste parole: Riguardo all'opinione di Graily Hewitt che egli cioè abbia trovato nel vomito irrefrenabile della gravidanza come causa la presenza di flessioni e versioni dell'utero, *pare che egli dia troppa importanza alla frequenza con cui alcune alterazioni nella forma dell'utero sono associate ad iperemesi della gravidanza*, p. 138. (Il corsivo è testualmente mio. — G. H.)

Altrove: « L'iperemesi va connessa colla presenza di uno stato infiammatorio di qualche parte degli organi genitali, ma specialmente dell'utero. L'utero generalmente si trova più grande di quanto dovrebbe essere per il periodo di gravidanza in cui si trova. Ciò può solo spiegarsi per la presenza di una infiammazione parenchimatosa delle pareti uterine. Perciò si ha l'iperestesia generalmente costante dell'utero e la maggiore o minore immobilità di esso. *Conseguentemente l'utero generalmente è così antiverso che il fondo è obbligato a giacere sulla superficie posteriore della sinfisi del pube. È assai difficile o assolutamente impossibile di raddrizzare l'utero in simili circostanze.* (Il corsivo è testualmente mio. — G. H.)

La questione del come e quando abbia origine lo stato infiammatorio parenchimale è molto difficile a risolversi. Probabilmente questo comincia prima che s'inizii la gravidanza, perchè noi possiamo difficilmente credere che in così breve tempo l'azione infiammatoria possa produrre effetti così spiccati (p. 139).

Ancora altrove: In moltissimi casi noi abbiamo da fare con versioni dell'utero, *e qualche volta a tal segno che il fondo dell'utero tocchi la sinfisi ed è grandemente difficile di raddrizzarlo*; *qualche volta l'utero pare incagliato nella pelvi. Il cambiamento di posizione dell'utero a tale massimo grado non può negarsi che abbia la massima importanza, poichè esso deve avere una potente azione alterante sulla circolazione a causa dello stato infiammatorio parenchimale già esistente nell'utero.* In tali casi è razionalmente e categoricamente indicato di correggere la posizione anormale. Noi ci siamo convinti per parecchie osservazioni che *il raddrizzamento diretto dell'utero è il mezzo più efficace che possa essere adottato* (p. 170). (Il corsivo è testualmente mio. — G. H.)

La seconda e terza citazione esprimono delle idee che si accordano coi particolari dei casi che riferisce Horwitz, e che dimostrano come la flessione o versione, insieme all'incagliamento dell'utero nella pelvi a tal segno che fossero necessari dei tentativi manuali per la riduzione, siano state associate a vomito assai grave in

non meno di sei fra i sette casi. L'idea espressa nella prima citazione del lavoro di Horwitz viene meglio criticata facendo attenzione ai particolari dei suoi casi stessi. Vi è la più manifesta contraddizione tra le ultime due e la prima citazione, come si vede dai passi stampati in corsivo.

Caso 84. Haslett, *Brit. Med. Journ.*, 8 marzo 1884.

La paziente, multipara, avea sofferto d'iscuria e dolori gravativi per qualche tempo. Il vomito si manifestò due mesi dopo che cominciò la gravidanza. Era incessante. L'utero si trovò in istato di antiflessione, il fondo si sentiva come un tumore rotondeggiante del volume di un uovo di tacchino. Gli sforzi fatti per raddrizzare l'utero non ebbero alcun successo. Cinque giorni depo fu deciso di sollevare l'utero e di provocare l'aborto. Il catetere fu introdotto per quattro pollici senza stiletto. Allora l'utero si sollevò. Aborto il giorno appresso. Guarigione.

Caso 85. Roberto Davis, di Low Fell, Gateshead-on-Tyne, *Brit. Med. Journ.*, 29 marzo 1884.

La paziente primipara, di anni 23, gravida da due mesi, era stata ammalata per tre settimane, soffrendo molto per abbattimento e disuria. I rimedi ordinari furono sperimentati per una settimana senza effetto, ed essa divenne molto emaciata e troppo debole per alzarsi dal letto. Vomito molto grave, migliorato solo una volta parzialmente per sei ore, con minime dosi di vino all'ipecacuana ogni quarto d'ora. La paziente non permise l'esplorazione, ma dopo quattro giorni acconsentì. L'utero si trovò antiflesso, gravido, fondo dolente, ingrandito e solidamente fissato ad un livello inferiore dell'orificio esterno. Con notevole difficoltà e con molto dolore per la paziente, due dita introdotte in vagina coll'aiuto dell'altra mano sul pube valsero a spingere in alto forzatamente il fondo finchè le due mani s'incontrarono dietro al pube. La paziente fu lasciata colle natiche sollevate. Il vomito cessò subito ed essa prese cibo. Il giorno appresso fu applicato un pessario elastico dopo che il fondo venne di nuovo rimosso dalla posizione che in grado relativamente leggiero esso avea ripreso. Guarigione. Più tardi fu tolto il pessario. La gravidanza giunse al termine, il bambino venne fuori sano. Ha da quell'epoca partorito tre figli, presentando sintomi simili ma sempre in minor grado in ciascuna gravidanza. L'identico trattamento meccanico è stato adottato ogni volta con l'effetto desiderato. Il sig. Davis, che riferisce questo caso, commenta il caso del dott. Haslett, e con ragione dice: « Il dott. Haslett non adduce alcuna spiegazione per dimostrare perchè il trattamento abbia portato ostacolo all'aborto invece di provocarlo. »

Caso 86. Campbell (Augusta, Georgia, U. S. A.) *loc. cit.*

Due mesi inoltrati, prima gravidanza. Grande nausea sin dall'epoca del concepimento; nausea e grande debolezza. La paziente era convalescente dalla febbre. Consulto sulla provocazione dell'aborto. L'utero gravido si trovò in istato di spiccata antiversione, col fondo giacente gravemente sul pube e comprimente

la vescica. La morfina non ebbe effetto. La paziente fu posta in posizione genu-pettorale, e fu praticata una esatta e completa riduzione ed applicato un pessario ad anello di gomma elastica. La nausea ed il vomito tosto cessarono. Parto a termine.

Caso 87. Graily Hewitt, *Memoriale privato.*

Signora A. B., dell'età di ventidue anni, primipara. Curata prima della gravidanza per dismenorrea, antiversione e flessione. Il vomito si manifestò in occazione della gravidanza, e fu dapprima calmato cogli oppiacei. Durante il secondo mese il vomito fu frenato colla posizione orizzontale, facendo occupare all'utero una posizione bassa e premendo in basso. Al principio del terzo mese, in seguito ad uno sforzo, si manifestò vomito grave, e l'utero che avea cominciato a sollevarsi fu trovato molto più in basso, e si sentiva duro e doloroso al tatto dalla vagina. Il giorno seguente la paziente stava assai male. Due tentativi furono fatti per cacciare in alto l'utero attraverso il fornice vaginale, con semplice miglioramento parziale, resistenza molto considerevole alla pressione. Senso di torpore. Durante la notte vomito violentissimo, l'utero si trovò ridisceso. Stato di grande prostrazione e forte dolore. Un pessario sferico a globo aereo fu collocato in vagina, e disteso fino ad un diametro di 2 poll. In due ore la paziente si sentì sollevata. I suppositori di morfina ed i clisteri nutritivi non valsero a nulla. Il giorno appresso la paziente stava meglio; il pessario a globo d'aria fu ritirato dopo una permanenza di ventiquattr' ore, la vagina fu irrigata antisetticamente, ed il pessario introdotto di nuovo. L'utero si trovò più alto, l'orificio esterno si era portato in avanti. Il giorno seguente non si ebbe più vomito, vi fu poco scolo di liquido dalla vagina; il pessario fu tolto nell'ora di andare a letto, avendo pensato che possibilmente del liquido amniotico fosse scolato. Il giorno appresso la paziente non stava molto bene. Consulto. La morfina e l'atropina furono usate in forma di suppositori; irrigazioni vaginali calde; bromuro e cloralio all'ora di andare a letto. Il giorno appresso, ci fu un po' di sonno durante la notte. L'utero fu spinto di nuovo in alto colle dita, essendosi trovato giacente in basso nella pelvi. Nove giorni dopo che la comparsa del vomito avea seguito allo sforzo, la paziente stava meglio, ma l'utero si sentiva ancora molto in basso; esso aveva preso ora una posizione obliqua nella pelvi, coll'orificio esterno rivolto verso la sincondrosi sacro-iliaca destra, ed il fondo a sinistra, in avanti. Fondo dolente, niente secrezione. Non si fece alcuna medicatura per cinque giorni; corpo uterino duro, piuttosto sufficientemente abbassato nel diametro obliquo. Tre giorni dopo, dolenzia al lato sinistro del fornice vaginale. Fu introdotto il pessario a globo aereo per quattro ore. Il giorno appresso, minore dolenzia. Durante l'ultima settimana del terzo mese l'utero veniva spinto un po' in alto a giorni alterni, ciò che alleviava il dolore presente. Si permise alla paziente di stare all'impiedi, ma il dolore ricomparve, come pure la nausea. L'arteria uterina, al lato sinistro, si sentiva pulsare violentemente, ma quando l'utero fu sollevato la pulsazione divenne naturale; questo fatto fu constatato parecchie volte.

Dopo ciò poche cure furono necessarie eccetto qualche volta l'innalzamento dell'utero, e l'utero gradatamente prese una posizione più naturale. La paziente andò via alla fine del quarto mese. Non ci fu più vomito. Parto a termine.

Caso 88. W. Doe, *Boston Med. and Surg. Journ.*, 10 febbraio 1886.

Paziente dell'età di 24 anni; due figli. Il vomito incominciò nella prima settimana, durando sino proprio prima della fine della dodicesima settimana. Nausea costante ed intensa, e vomito di un liquido tenue, giallastro, ogni due o tre ore, Grande emaciazione, ptialismo, respiro difficile, dolorabilità sull'epigastrio e lungo l'esofago; polso 116, temperatura 37. Cervice fissa ed immobile, orificio esterno appena leggermente dilatato. Utero marcatamente antiverso, col fondo addossato alle branche del pube, ed all'esplorazione poteva sollevarsi dalla cavità della pelvi. ma vi ricadeva immediatamente togliendo il dito. Si giudicò gravido a tre mesi inoltrati. Fu tenuto un consulto; fu considerata la questione dell'aborto artificiale. Essa fu creduta troppo debole per sopportare la scossa, e si temette la possibilità dell'emorragia o della setticemia. « A favore dell'idea di rimandare l'operazione, e di sperare negli altri mezzi, stava il fatto che nella sua precedente gravidanza la nausea ed il vomito, quantunque meno gravi, cessarono d'un tratto e completamente, al principio del quarto mese, dopo che il medico curante, durante l'esplorazione vaginale, sollevò per caso l'utero dalla cavità della pelvi. » In seguito, il relatore dice: « Appena fu tolta permanentemente la pressione sollevando il corpo dell'utero dalla cavità pelvica, il vomito e la nausea istantaneamente cessarono. Una circostanza speciale che illustra il principio di causa ed effetto è in questo caso questa che, appena si toglievano completamente i tamponi vaginali, in modo da permettere al corpo di prolassarsi ed antiversarsi, la nausea ed il vomito ricomparivano immediatamente. »

La causa determinante del vomito in questo caso pare stesse tutta nello spostamento dell'utero, e nella conseguente pressione sugli organi pelvici. La tintura di iodio era stata applicata sulla cervice senza effetto.

(Questo caso di Doe è singolarissimo. Un particolare istruttivo è la storia di ciò che in una precedente gravidanza, in cui « per caso » il curante sollevò l'utero, e migliorò così la paziente era accaduto dal vomito. Questo incidente fu limitato con successo mediante l'applicazione di tamponi, nella successiva gravidanza. — G. H.)

Caso 89. Augusto F. Clark, *Giornale dell'Associazione Medica Americana*, 23 maggio 1885.

Paziente di anni 21. Maritata in settembre 1867; visitata il 22 febbraio 1868. Vomito eccessivo; non poteva ritener nulla. Grande depressione; polso rapido, spesso più di 140. « La cervice era piccola, e l'utero alquanto antiflesso. » Avea provato di tempo in tempo disuria di una certa entità; traccie di albumina. I clisteri nutritivi furono usati per qualche tempo, ma il 1 marzo parve che morisse; l'aborto fu subito provocato con una candeletta di gomma lasciata alcune ore. Il giorno appresso guarigione.

Caso 90. Veatch, *La Peoria Medica Mensile*, 1864, p. 682; 1885, p. 687.

Primipara, di anni 27. Il vomito incominciò nella terza settimana, e non molto molesto durò fino alla decimaquinta quando fu fatta l'esplorazione vaginale, e fu notata una estrema antiversione. La paziente non voleva che si tentasse il raddrizzamento; la cervice fu cauterizzata. Debilitamento continuo fino alla ventesima settimana, quando sopravvenne l'aborto. Non ci fu più vomito dopo il primo indizio di aborto. Morte una settimana dopo per setticemia.

Caso 91. De Voe, *Giornale Americano di Ostetricia*, agosto 1884, p. 638.

Paziente di anni 24. Seconda gravidanza. A tre mesi vomito ripetuto, ematemesi, emottisi, inanizione. Il fondo giaceva in basso addossato al pube; orificio esterno alto, ed abbastanza rivolto indietro verso il resto, molle, patulo, eroso; abbondante leucorrea. 19 luglio: applicazioni di nitrato d'argento. 27 luglio: un po' meglio; faradizzazione sullo stomaco due volte al giorno. 9 agosto: miglioramento notevole, ma l'inferma non poteva sedere nè stare all'impiedi. Come preparazione all'uso di un pessario per antiversione di Thomas, l'utero fu rivolto sufficientemente indietro, e mantenuto in retroposizione per parecchi minuti; fu applicato il pessario. Decorso ulteriore normale. Parto a termine.

I due casi seguenti illustrano « un nuovo metodo di cura del vomito della gravidanza. »

Caso 92. Guglielmo Duncan, *Lancetta*, 1887, vol. II., p. 754.

Paziente di anni 19, primipara. Ammalata da un mese, gravida da due mesi. *Utero in antiflessione marcata, e notevolmente doloroso facendo pressione sulla cervice.* Vagina lavata copiosamente con una soluzione di cocaina al 15 per cento, e con una tenta con bambagia; anche dentro il canale per tre quarti di pollice. Fu anche somministrato un calmante. Non ci fu più vomito dopo quest'ultimo. « Il vomito si arrestò senza che si correggesse la flessione. »

Caso 93. W. Duncan, *Ibid.*

Paziente di anni 23. Gravida da due mesi e mezzo. Vomito costante per sei settimane. *Utero alquanto antiflesso.* Fu fatta la stessa applicazione, ma non dentro la cervice. Non ci fu vomito per quattro giorni, poi si ebbe la recidiva, ma meno grave. Seconda applicazione, anche nella cervice. Non ci fu più vomito.

Caso 94. Stedman, *Bost. Med. And. Surg. Journ.*, 1883, 109, p. 529.

Giovane donna; due figli. Il vomito incominciò nella quarta settimana, finì nella quattordicesima settimana. Stato allarmante: ogni alimento veniva rigettato per quarantotto ore; delirio, lingua secca e bruna, polso rapido. Orificio esterno patulo e molto rosso. La cervice era flessa e molto molle. La tintura eterea di iodio fu applicata generosamente sulla cervice. Il vomito cessò in ventiquattr' ore.

Caso 95. Thos. C. Smith, di Washington, D. C., U. S. A., dall' *Amer. Journ. of Obst.*, 1886, p. 580.

Signora . . . , di anni 25. Maritata da pochi mesi. Il vomito incominciò ad un mese. Le sorelle erano morte di consunzione; essa era anemica. Il vomito era molto grave, i farmaci non valsero a nulla. La paziente venne nutrita con clisteri di succo di carne, e tenuta a letto. Fu dato del bromuro e laudano; ne derivò la diarrea. « Utero in istato di antiversione ed antiflessione, ma non più di quanto io avessi osservato in altri casi in cui i sintomi imponenti che si notavano in questo, mancavano. » L'emaciazione progrediva; grande dolorabilità addominale, respiro difficile, lingua secca, bruna; puzzo cadaverico: era così debole che non poteva muovere le membra; divenne uno scheletro vivente. Dopo una inutile cura di sei settimane, si decise di provocare l'aborto colle candelette. « La candeletta fu introdotta senza difficoltà, essendo lo spostamento sopra descritto grandemente diminuito; l'aborto fu facilmente provocato, miglioramento istantaneo. La gravidanza ebbe fine al termine dei tre mesi: tre mesi e mezzo dopo morì di rapida tisi.

Il dott. T. C. Smith fa delle considerazioni a proposito del vomito eccessivo nella gravidanza, e discute le idee di Graily Hewitt, a fine di rilevare che le dichiarazioni delle eminenti autorità che parteciparono alla discussione nella Società Ostetrica di Londra, nel 1884, sulla memoria del dott. Hewitt, dovrebbero convincere ognuno della erroneità delle opinioni di quello scrittore sulle questioni trattate. Tuttavia nella discussione alla lettura della memoria del dott. Smith a Washington, il dott. Busey « credette che un tentativo avrebbe dovuto farsi per correggere la deviazione, e per dilatare l'orificio esterno, o applicare il nitrato d'argento. Riguardo alla teoria di Hewitt, egli credette che essa fosse più vera di quanto volessero ammettere la maggior parte, ma meno di quanto proclamasse il suo autore. Che l'incarceramento, la deviazione, la flessione, ecc., dell'utero, fossero cause in alcuni casi, era dimostrato dalle relazioni. Vi era una dimostrazione sufficiente per renderci guardinghi prima di escluderla. » Altri oratori oltre il dott. Busey giudicarono pure che gli altri mezzi avrebbero dovuto provarsi, o tenere un consulto prima di provocare l'aborto. Il dott. Smith, in risposta al dott. Busey, disse che egli non avea tenuto conto dei consigli di Hewitt, perchè le sue idee non erano state sostenute dai membri della Società Ostetrica di Londra.

Caso 96. Meredith, di Wellington (1).

Signora W. . . . , di anni 28; maritata da due anni. Il vomito grave si manifestò a circa sei settimane di gravidanza. Utero antiflesso, cervice dura: orificio

(1) « Sul vomito della gravidanza e sulla menorragia. » (Avrowsmith Bristol, 1888).

esterno diretto in dietro, il suo labbro anteriore rigido, e più inspessito che il resto. Ogni rimedio (sono citati otto medicamenti diversi) fu inutile per guarire il vomito. Punto doloroso, la bocca dello stomaco; stato allarmante. Quattordici giorni dopo, fu tentata la dilatazione dell'orificio esterno col dito, fu impraticabile; anche la sonda fu inefficace. Clisteri nutritivi, con morfina per un certo tempo. Il vomito in due giorni si fece di nuovo grave. La tenta-spugna fu usata di nuovo adoperando una tenta più lunga; fu mantenuta per nove ore. Effetto buono. Poco vomito dopo quest'operazione. Parto quasi a termine; bambino vivo.

Il dott. Meredith dice, parlando della teoria del dott. Graily Hewitt sulla causa del vomito della gravidanza: « Applicandola al caso mio, può dedursi chiaramente che la tenta producendo la dilatazione abbia tolto lo stato di flessione, e così, eliminando la causa del disturbo, ne seguirono i benefici effetti: ma se è così, l'alterazione dev'essere stata assai lieve, poichè io non potei apprezzarla colla semplice esplorazione digitale. »

Meredith aggiunge: « La flessione, nella forma spiccata come io la scoprii, era più probabilmente la conseguenza anzichè la causa del vomito. » È importante notare che Meredith trovò che « la cervice era *dura*, il suo labbro anteriore rigido, e più inspessito che il resto. » Vedi sopra. (G. H.)

Un altro punto importante in questo caso è il fatto che la paziente era stata esposta ad esalazioni fetide. Il dott. Meredith pensa che questo può aver esercitato una grande influenza nel caso speciale.

Caso 97. R. A. Kingman. « Un caso di vomito pernicioso della gravidanza terminatosi fatalmente. » *Boston Med. und Surg. Journ.*, 7 febbraio 1889.

Questo caso è riferito con una certa estensione, e non è facile di abbreviarlo.

Signora . . . . , di anni 24; primipara. Mestruazioni sempre dolorose, nutrizione irregolare, lavoro eccessivo alla scuola, busto stretto. Colpita da tonsillite e reumatismo quattro mesi prima della gravidanza; rumore sistolico, dolori precordiali di tanto in tanto per alcuni anni. Vomito mattutino, piuttosto grave, manifestatosi presto; migliorò colle cure, andò ad abitare vicino alla riva del mare e stette meglio. Quando era gravida di tre mesi, fece una lunga passeggiata in carrozza e si sforzò, le seguì vomito grave e vomiturazione incessante. In cinque giorni presentava un aspetto disperato. Avea avuto intasamento fecale, per cui prese calomelano e bismuto. Clisteri nutritivi. All'esplorazione vaginale « l'utero si trovò abbassato nella pelvi; antiflessione del corpo e della cervice, col labbro posteriore compresso sul piano pelvico, il labbro anteriore allungato, e proiettantesi nell'asse del canale vaginale. Utero e regioni ovariche dolenti, di più a sinistra. Nella posizione genu-pettorale l'utero venne portato avanti sopra il livello del bacino, e vi fu trattenuto da uno stretto pessario. Cervice molto erosa e di apparenza infiammata, dolente. » Il giorno appresso, quasi lo stesso stato; fu tolto lo zaffo, e fu applicata una soluzione di nitrato d'argento. Seguì un miglioramento di breve durata, ma

il giorno seguente una seconda applicazione (di che?) non produsse alcun effetto Allora si manifestò il reumatismo. Fu condotta all'ospedale; fu ripetuto l'uso del caustico, si ebbe qualche miglioramento nel vomito. Dopo una quindicina di giorni il vomito si fece più intenso, l'utero si trovò di nuovo abbassato nella pelvi ed acutamente antiflesso, la cervice fu medicata e l'utero zaffato. I sintomi migliorarono per qualche tempo, il giorno seguente fu tolto lo zaffo, e si adoperò un anello gonfiato con uno zaffo davanti. Ci fu miglioramento fino alla sera, quando continuando ancora il vomito fu tolto il cotone e rimesso il pessario. Il vomito fu scarsissimo per trentasei ore, quindi si ebbe recidiva. Si diede bromuro di sodio e morfina. Fu tolto il pessario, e se ne adottò uno di gomma indurita. Si fece una piaga superficiale per la pressione dell'altro pessario. Miglioramento per due giorni. La mente si offuscò. Consulto; si decise di aspettare, e di sospendere il cloralio. Il giorno appresso stupidità crescente, si sospese il bromuro, si applicò la tintura di iodio alla cervice. La paziente stava benissimo e si sentiva alleviata la sera; calomelano, due granelli; in due dosi. Il giorno dopo vomito, scolo di sangue dalla piaga cervicale; fu tolto il pessario. Il giorno appresso fu ricollocato l'anello di caoutchouc, poichè l'utero era rientrato nella pelvi. Il giorno appresso tre deiezioni diarroiche, vomito profuso; collasso. Nel consulto si convenne sulla completa dilatazione della cervice. Dilatazione della cervice collo strumento di Ellinger e colla tenta. Polso più regolare. Venne dilatato l'orificio interno. Tre giorni dopo il primo consulto, si tenne un altro consulto col dott. Doe; si fu contrari al parto prematuro. Non ci fu più vomito dall'ultima sera. Il giorno seguente, stava meglio. L'utero venne sostenuto da un zaffo, posto direttamente contro la cervice. Due giorni dopo l'utero cominciò a contrarsi vigorosamente ogni quattro o cinque minuti. Tolto lo zaffo, si trovarono le membrane procidenti. Parto nel pomeriggio; placenta parzialmente aderente. Feto morto, macerato, di circa quattro mesi, apparentemente morto da alcuni giorni. La paziente si sentiva relativamente bene; vomitò una sola volta, prese dello champagne, dormì un'ora, svegliandosi ogni tanto di soprassalto, e morì dopo due o tre atti respiratori. Non ci fu emorragia. Non si fece l'autopsia. L'autore attribuisce la morte a trombosi polmonare, dovuta al cuore ammalato, con endocardio rugoso e debole circolazione.

Commentando il caso Kingman dice: Un miglioramento temporaneo si notò dopo l'applicazione fatta sulla cervice erosa; un miglioramento temporaneo e molto evidente seguì al raddrizzamento e sollevamento dell'utero deviato; si ebbe beneficio dalle applicazioni tiepide ed emollienti, dai cataplasmi e dalle doccie. La paziente si sentì meglio dopo la completa evacuazione delle intestina, la dilatazione della cervice, forse, agevolò un poco il miglioramento. In ogni caso il sollievo fu solo temporaneo, e ordinariamente solo parziale. Credo che ci sia sempre qualche alterazione del sistema nervoso che agisca come causa predisponente. Sia che ci accordiamo con Graily Hewitt, e diamo la massima importanza alla flessione, e che accettiamo l'idea di Veit intorno all'endometrite, noi non dobbiamo facilmente ammettere che tali alterazioni esistano in ogni donna che possa esser gravida.

Discutendo il caso di sopra, il dott. Doe non potè stabilire se la dilatazione

della cervice e lo zaffamento fossero state le cause dell'aborto. Egli ricordava di un grande zaffo che avea provocato l'aborto.

Il dott. Boardman cita tre casi in sostegno della teoria meccanica della causa del vomito nella gravidanza (vedi *ante* p. 22).

Caso 98. Guéniot (Parigi). « Il vomito della gravidanza. » *Bull. de l'Acad. de Méd.*, 17 settembre 1889.

Un caso notevole io vidi 10 anni fa in una paziente in campagna: l'utero era abbassato, e la sua cervice, fortemente flesso, era, quasi, schiacciata dal peso del corpo sul perineo. Disimpegnando la cervice, per mezzo dell'innalzamento della pelvi e dell'abbassamento del tronco, la primipara, a tre mesi inoltrati, guarì prontamente, ed il parto ebbe luogo al termine ordinario.

(Pare che l'utero siasi trovato in istato di antiflessione. — G. H.)

Guéniot dice inoltre: Quest'anno (1889) insieme ai dott. Renouard e Gaillard, io vidi un buon caso di guarigione col pessario di Gariel.

Caso 99. Pugliatti. « Contributo all'etiologia e terapia del vomito incoercibile nelle gestanti. » *Il Morgagni*, luglio ed agosto 1889.

N. N., di anni 21. Il vomito si manifestò quattordici giorni dopo l'inizio della gravidanza. Due mesi dopo stato assai critico; emaciazione estrema, e grande prostrazione. La cervice si trovava diretta indietro, e portata in avanti; attraverso il fornice vaginale l'utero si sentiva ingrossato. L'esplorazione combinata mostra l'utero in istato di marcata antiversione, del volume di una gravidanza di dieci settimane. Cervice fusiforme, l'orificio esterno si sentiva come una piccola depressione puntiforme. Lo speculum fa vedere una forte congestione dell'orificio esterno. L'utero ha un certo grado di mobilità. L'alimentazione rettale è stata usata per qualche tempo. L'autore credette che lo spostamento uterino avesse grande importanza nella produzione del vomito. L'attuale deviazione uterina era precedente alla gravidanza? si domanda l'autore. Egli lo lascia in dubbio, ma suppone che la pressione del retto intasato possa aver prodotto lo spostamento durante la gravidanza. Un tampone di glicerina fu allora introdotto nella vagina, nel fornice posteriore, allo scopo di mantener l'utero in una posizione conveniente; dopo diciotto ore, si vide che non aveva alcun effetto sul vomito, e fu reputato necessario l'aborto artificiale. Il processo di Copeman fu impraticabile, poichè l'orificio esterno era così piccolo e rigido da impedire l'introduzione del dito. Finalmente, dopo due giorni di cura, fu introdotta una candeletta elastica per circa 4 poll. dentro l'utero. Subito dopo, venne fuori molto muco, misto a sangue, ed immediatamente la paziente potè prender cibo. La candeletta fu ritirata il giorno seguente. Decorso ulteriore buono: gestazione a termine. Parto normale. Morte per setticemia puerperale. Bambino sano.

Pugliatti crede che la estrema ristrettezza dell'orificio esterno abbia prodotto l'accumulo del muco, determinando una pressione sui nervi della cervice, e così provocando il vomito. La candelettà tolse la stenosi, e fece fuoruscire il muco determinando il miglioramento.

(Vi è un altro fattore in questo caso, cioè la riduzione dello spostamento coll'uso della candeletta).

Caso 100. Graily Hewitt, *Memoriale privato.*

Signora N. N. di anni 32. Ha avuto tre gravidanze precedenti. La prima terminò con un aborto. In tutte vi fu vomito grave. Nelle due ultime gravidanze l'utero si trovava molto antiverso e flesso, e lo stato della paziente destava molta ansietà. In tutte le due occasioni l'utero fu alzato in avanti, e sostenuto per mezzo di un pessario ad aria di forma assolutamente sferica. In tutte le due occasioni la paziente giunse al termine della gravidanza. L'ultimo parto della paziente avea avuto luogo sei anni fa. Luglio 1889: ora è da circa sei settimane nella terza gravidanza; soffre di vomito abbondante, debolezza, e senso molesto nella pelvi. È stata a letto per tre giorni, e si sente meglio. All'esplorazione la bocca dell'utero si sente inspessita, e vi è un indurimento e una resistenza nella parte anteriore della cervice. Il corpo uterino è in buona posizione. Il giorno appresso scese le scale. Due giorni dopo l'utero si trovò completamente antiflesso ed abbassato, dolenzia del fornice vaginale di fronte alla cervice. Tre giorni dopo soffriva molto; quantunque stesse in riposo, avea avuto parecchi accessi di brutto vomito e di debolezza, anche a letto. Il giorno appresso si sentiva meglio perchè era rimasta a letto, ma sentiva ancora mediocre dolore. L'utero giaceva in basso, dolente. Fu fatta una delicata pressione col dito per sollevare il corpo dell'utero. Si fece restare a letto. Dopo una quindicina di giorni un po' di abbattimento e di dolore; si trovò una notevole tumefazione e sensibilità, e resistenza a traverso del fornice vaginale sul fronte della cervice perfettamente dura in alcuni punti. La paziente si alzò per un po' di tempo; le fu consigliato il letto, e le fu applicato un pessario a palla di gomma indurita. Il giorno seguente la tumefazione al fornice vaginale era molto diminuita; vi si sentiva un tumore circoscritto, del volume di una noce, di fronte alla cervice nella concavità della flessione; la dolenzia era quasi sparita. La paziente notava che lo sforzo del lavare in posizione eretta la faceva peggiorare. Da quest' epoca continuò ad usare il pessario a globo d'aria per circa due mesi, e quando fu gravida a quattro mesi potè camminare senza molestia, il vomito gradatamente cessò. Si sgravò a termine di un bambino sano.

Caso 101. Jaggard, *Amer. Gyn. Trans.*, vol. XIV, p. 442.

Paziente di anni 34, primipara. Vomito pernicioso, apparentemente sviluppatosi in seguito al vomito mattutino, durante la prima metà della gravidanza. Provocazione dell' aborto; miglioramento temporaneo, ma il vomito non cessò completamente, ed in tre settimane si ripetè con grande imponenza. Morte due settimane dopo. Il dott. Jaggard cita come probabile causa concomitante dell'iperemesi,

la distensione passiva dell'utero determinata dall'uovo. L'utero si trovava, prima dell'aborto, in istato di antiflessione mobile, movendosi liberamente; il volume, il contorno, la mobilità, la struttura, e la sensibilità dell'organo erano apparentemente normali; l'antiflessione poteva farsi scomparire con una blanda manovra bimanuale. L'autore crede che in questo caso particolare l'antiflessione fosse un fenomeno fisiologico; non vi era rigidità dell'orificio. Non vi fu autopsia. Egli dice che può darsi che delle alterazioni secondarie centrali possono aver avuto luogo le quali abbiano reso la malattia indipendente dalla sua primitiva causa determinante.

Questo caso è molto interessante e di gran valore, ma sarebbe stato di maggior valore se si fossero potuti avere dei dati intorno agli stati anatomici nel cadavere. Somiglia sotto molti punti di vista a quello di Tyler Smith (*Vedi* Caso 49) e a quello di Smith (Washington), (*vedi* Caso 95). Può affermarsi, che quantunque l'antiflessione potesse farsi facilmente scomparire, l'alterazione dev'essere stata di grande importanza etiologicamente. Può citarsi il caso del dott. Doe (Caso 98), in cui l'utero antiflesso fu rialzato da un tampone, ed il vomito guarì; come pure il caso di Kingman (97). Il fatto curiosissimo del ritorno del vomito dopo l'aborto può accordarsi con la spiegazione che verrebbe data da me, che il vomito ritornò perchè ritornò l'antiflessione. Io ho visto vomito grave, anche mortale, dovuto indiscutibilmente ad antiflessione di un utero *non* gravido.

Questo caso, osserva il dott. Jaggard, non presentava incuneamento nè indurimento della cervice, i due fattori che io ho particolarmente designato come causa del vomito grave della gravidanza nella mia memoria letta a Washington, nel 1888. Ma la paziente aveva 34 anni di età; essa era stata sempre di debole costituzione; e che ci fosse qualche alterazione locale cervicale che concorresse ad eccitare il vomito pare provato dal fatto che le applicazioni di nitrato d'argento in soluzione migliorarono considerevolmente la paziente, quantunque non permanentemente. A me pare molto probabile che ci sia stata una leggiera sclerosi della cervice, la quale, associata all'antiflessione, cagionasse il vomito; ed, inoltre, che i centri nervosi fossero anormalmente eccitabili.

(Continua).

RASSEGNA

A. Bompiani. — **Contributo clinico alla cura chirurgica dei fibromiomi dell'utero**. — *Riv. Ostetr. e Gin.*, N. 1, 2, 3, 4, 1891.

È il rendiconto clinico di sei casi di fibroma nel primo dei quali l'A. eseguì la miomotomia, la miomoisterectomia negli altri con o senza esportazione delle ovaie a seconda dell'altezza a cui dovette applicarsi il cingolo costrittore. L'A. si pronuncia contrario al raschiamento, alle iniezioni endouterine caustiche ed alla elettrolisi, non ricorse alla castrazione che vorrebbe limitata ai soli casi nei quali l'utero ed il tumore non possono sollevarsi dall'ingresso pelvico e che giudica efficace solo per fibromi del fondo uterino. Seguì sempre il metodo di fissazione del peduncolo alla estremità inferiore della ferita addominale, giudicando gli altri pericolosi. Ottenne sempre buone e rapide guarigioni.

Dott. R. Polacco.

G. Inverardi. — **Una isterectomia addominale per mioma** (Metodo Martin). — *Riv. di Ostetr. e Gin.*, N. 4, 1891.

Colla sua nota clinica l'A. tende a risolvere una questione ancora controversa in ginecologia, quella del trattamento del peduncolo. Nel suo atto operativo che riguardava un voluminoso mioma in soggetto gravemente esaurito, si attenne al metodo Martin di isterectomia totale addominale che venne da lui lievemente modificato isolando l'utero dalla vagina nel fornice anteriore anzichè nel posteriore, essendo il primo più accessibile al dito dell'assistente che trovasi in vagina e al tagliente dell'operatore. Dott. R. Polacco.

S. Gattorno. — **Un caso particolare di fibromioma sottomucoso dell'utero**. — *Riv. di Ostetr. e Gin.*, N. 5, 1891.

È la storia clinica della enucleazione *per vaginam* di un voluminoso fibroma sottomucoso (975 gr.). L'operazione durata 3[4 d'ora circa dovette essere eseguita mediante il *morcellement*, e fu accompagnata da parziale inversione dell'utero, da rottura superficiale del perineo e da lacerazioni multiple della vagina. Il decorso

fu assolutamente apiretico. Il caso è specialmente importante per la diagnosi di carcinoma che di questo tumore avevano fatto in precedenza parecchi ginecologi.

Dott. R. Polacco.

A. Ceci. — **Estirpazione di un fibro-mioma uterino del peso di Chilogr. 10.820. Guarigione.** — Fibro-mioma fluttuante (edematoso) intramurale posteriore - Laparotomia - Amputazione sopravaginale dell'utero e degli annessi. — Dal *Morgagni*, ottobre 1891.

È una interessante storia: 1. Pel volume del tumore e per le gravi condizioni della paziente. — 2. Per un edema sopravvenuto acutamente nel tumore in seguito ad improvviso ostacolo del deflusso venoso a cagione della insorgenza di un ematocele nel legamento largo sinistro. — 3. Per la febbre da infezione di catgut. L'A. dice di aver molte volte osservato tale febbre senza però le tristi conseguenze riferite dal Kocher. Il catgut che adopera è così trattato: Immersione in soluzione alcoolica al 1 0[0 di sublimato per una settimana; altra settimana in etere solforico, indi lo conserva in soluz. carbolica al 5 0[0. Se i catgut così preparati sono resistenti, sono poco assorbibili, e producono delle suppurazioni localizzate ai fori per cui si estrae il filo. — 4. Per lo scolo sanguigno provocato da stimolo meccanico nel canale cervicale dal gomitolo di seta eliminato. La eliminazione di fili per simile tramite è stata già notata da altri osservatori. Decio.

G. Pagello. — **Di una cisti erratica dell'addome a contenuto purulento.** — Belluno, tip. Deliberali, 1891.

È la storia di una donna che dopo un puerperio febbrile, essendo primipara, fu inviata all'A. in condizioni deplorevoli. L'esame di detta paziente portò alla diagnosi di cisti ovarica; le alte temperature persistendo pur non di meno fu operata. Trattavasi di una cisti ovarica a contenuto purulento, aderente all'omento e saldamente attaccata al margine libero del legamento largo di sinistra con peduncolo orizzontale steso fra ovaia ed utero, largo ben 20 centimetri. La cisti fu escisa integra lasciando perchè normali, utero ed ovaia. Il decorso successivo fu buono. La cisti ed il suo contenuto pesava 13 chilog.

L'A. pei dati anamnestici crede che la cisti, forse ad uno stato embrionario, siasi sviluppata contemporaneamente alla gravidanza per consensualità. Circa alla qualità del contenuto (purulento) opina che il puerperio febbrile per forma settica, abbia ingenerato per la via dei vasi del legamento largo la infezione del contenuto stesso, essendo escluse le consuete cause di suppurazione della cisti. Emette l'opinione che sia eventualità benefica la presenza della cisti ove la flem-

masia puerperale ha trovato probabilmente uno sfogo, ed un serbatoio pe' suoi prodotti (?) L'inquinamento del liquido cistico si sarebbe a poco a poco o lentamente compiuto nel mentre che la flemmasia puerperale dell'utero e suoi annessi per una fortunata combinazione e senza cure di sorta si attenuava o si esauriva.

Decio.

M. R. Latis. — **Ricerche sperimentali sulla trasmissione del carbonchio dalla madre al feto e sulla alterazione dei vasi che produce il carbonchio.** — *Rassegna di scienze mediche*, Modena, 1891.

In un accuratissimo lavoro sperimentale l'A., passate in rassegna le principali opinioni pubblicate intorno all'argomento, dopo avere confutato con molto acume di critica le esperienze di coloro, che negano tale trasmissione, espone in sintesi 15 sperimenti in conferma della 1.ª parte della tesi.

L'animale scelto fu sempre la cavia; il virus carbonchioso interamente sporificato per averlo di attività eguale, le colture adoperate a goccia pendente. Tolte le due prime esperienze, per le altre l'A. si attenne al seguente processo: Appena morta la madre per carbonchio, ne estraeva l'utero immergendolo in una soluzione di sublimato (2 0[0) bruciando il tessuto uterino fino al sacco con una lama di coltello arroventata e aspirando con una pipetta di vetro sterilizzato il liquido amniotico per esperimentarlo e farne colture. Allora con tutte le cautele estraeva il feto e, assicurandosi, per quanto gli era possibile, che fosse ancora vivo, lo portava in una camera umida in un termostato a 30 C. per l'incubazione, ponendo nella stesso termostato una coltura a goccia pendente del sangue della madre. Esaminando la coltura dopo alcune ore, tostochè si erano formati i filamenti, poneva il feto in alcool a 90°, dopo avere fatto colture con pezzi di diversi organi del medesimo. Dopo alcuni giorni faceva tagli del fegato, cuore, milza, vene ombellicali, funicolo ombellicale e sezioni seriate della placenta colorandoli col metodo di Gram. Su 15 esperienze in 8 avvenne la trasmissione del carbonchio dalla madre al feto, trasmissione che avverrebbe senza dubbio nella placenta avendo trovato bacilli nella vena ombellicale. Delle 7 esperienze negative, le 2 prime sono da trascurarsi, non essendosi in queste incubati gli embrioni.

Come si fa questo passaggio? Nega che avvenga per piccole emorragie prodottesi nella placenta, non avendone mai vedute nei ripetuti e scrupolosi esami; nega che i leucociti, impadronendosi dei bacilli, li trasportino dai vasi materni alla circolazione del feto, non avendo mai nulla di simile osservato. Avendo però l'A. sorpreso bacilli impegnati nella parete dei vasi e bacilli fra le cellule della decidua, che si trovano fra i villi materni e fetali della porzione cotiledonale della placenta, è indotto a credere che il passaggio avvenga per diapedesi in

seguito ad alterazione vasale causata dall'infezione. A conferma dell'asserto l'A. istituì ingegnose esperienze.

I. Introdusse colle più rigorose precauzioni dell'antisepsi nel cavo peritoneale di due cavie, ma distante dalla breccia addominale, due pezzetti di midollo di sambuco resi asettici da lunga bollitura in acqua distillata; inoculò quindi alle stesse cavie virus carbonchioso sotto la pelle di una zampa anteriore. Gli animali morirono dopo tre giorni. All'osservazione microscopica dei tagli del midollo di sambuco: Bacilli, molti globuli bianchi, pochi rossi; non emorragie nel tessuto circostante.

II. Inoculò ad una cavia virus carbonchioso e appena riscontrati bacilli nel sangue, toccò una sola cornea con un ago di platino arroventato. Esame microscopico della cornea infiammata e tessuto pericorneale: bacilli nell'epitelio ed alcuni nei canalicoli plasmatici; per questi ultimi l'A. esclude assolutamente che il passaggio fosse avvenuto per emorragia, ammettendo che i bacilli fossero penetrati seguendo la corrente del liquido, che dai vasi pericorneali si dirigeva nell'interno dei canalicoli plasmatici verso il punto mediano della cornea irritata. Bacilli nella congiuntiva sul punto d'escire dai vasi. Assenze di bacilli nella cornea non irritata.

III. Esaminò il mesentere di 10 cavie uccise nei diversi stadii dell'infezione e le conclusioni furono: Nulla di anormale nei vasi quando il sangue contiene pochi bacilli; discreta diapedesi di globuli bianchi, rossi e di bacilli a infezione inoltrata. Non osservò mai emorragie, che certo non sarebbero sfuggite in un organo trasparente ed esile come il mesentere. Anche in queste esperienze potè osservare chiaramente bacilli impegnati nelle pareti vasali.

IV. Iniettò nella giugulare di 4 cavie 1[2 cent. cubo di soluzione di cloruro sodico a 0,756 0[0, nella quale era sospeso cinabro porfirizzato, inoculando dopo 4 giorni nella prima, dopo 24 ore nella seconda, dopo 3 nella terza, e immediatamente dopo l'iniezione nella quarta, virus carbonchioso. A una quinta fece precedere l'inoculazione del carbonchio all'iniezione. All'esame del mesenterio bacilli e particelle di cinabro fuoriuscite dai vasi, fuorescita che in condizioni normali non avviene.

V. Sottopose infine altre due cavie al processo ora descritto, previa introduzione nel cavo peritoneale di due pezzetti di midollo di sambuco, resi asettici dalla bollitura. In essi e nel tessuto circostante presenza di bacilli e di particelle di cinabro.

Conclude l'A. che alla sola alterazione vasale, indotta dall'infezione carbonchiosa, si deve la fuorescita delle particelle di cinabro e quindi anche dei bacilli del carbonchio.

FORMIGGINI.

BIBLIOGRAFIA

Emile Placet. — **L'Obstétrique aux XVII et XVIII siècles.** Paris. Librairie Baillière et fils, 1892. — È una esumazione scientifica e patriottica degli scritti di tre celebri ostetrici francesi, Viardel, Portal, Mauquest de La Motte, preceduta da un rapido e diligente studio dell'ostetricia francese dal Rinascimento al 18.° secolo. Di questo lavoro interessante e che dovrebbe eccitare ad eguali ricerche nell'ostetricia italiana, riporterò qui le conclusioni:

1.° Il trattato d'ostetricia di Cosmo Viardel insieme a molte pecche ed una compiacenza esagerata per le idee degli antichi, contiene brani eccellenti, per esempio sul riscontro vaginale, sulla procidenza degli arti. Egli ebbe il merito di rigettare l'uso dell'uncino acuto e di preconizzare il trattamento specifico nelle donne gravide sifilitiche.

2.° Portal ha meritato in gran parte la sua riputazione colla saggia condotta tenuta in un gran numero di parti difficili. Il suo trattato di ostetricia è in realtà una raccolta d'osservazioni precedute da una parte didattica sempre brevissima. I brani più notevoli sono quelli che si riferiscono alla condotta da tenersi nei casi di emorragie puerperali incoercibili (dilatazione forzata del collo e parto), al parto per la faccia, al parto per la spalla, al modo di secondare la donna.

3.° Mauquest de la Motte ha composto un trattato di ostetricia che, come quello di Portal, non è in fondo che una raccolta di osservazioni. Ma queste sono in grandissimo numero, poichè la loro cifra si eleva a più di 350. Quasi tutti i casi di distocia sono stati da lui presi in esame. Egli ha quasi sempre fatto prova d'uno spirito ingegnoso e indipendente e se egli ha abusato della versione (il che gli era del resto permesso non essendovi il forcipe) ebbe il merito di contribuire, in gran parte, al rigetto definitivo dell'uncino acuto. Egli reagì contro l'idea preconcetta che ogni parto, all'infuori di quello per il vertice, fosse per ciò solo pericoloso per il feto. L'opera sua, in grazia delle numerose storie di ammalate che la illustrano, ha contribuito certamente al progresso dell'ostetricia.

Mangiagalli.

NOTIZIE

Per iniziativa di un comitato promotore costituito dei dottori Gamba, Panzeri, Rota, Oliva, Baiardi, d'Ambrosio, Romano, Motta, Secchi, Toperi, Nota, Bernacchi, si è costituita una Società Ortopedica Italiana, la quale terrà in Milano nel prossimo mese di aprile la sua prima riunione annuale.

***

Nuovo giornale. — È pubblicato in Napoli sotto la direzione del dott. Carlo Cucca, e porta il titolo: « *Rassegna di Ostetricia e Ginecologia* »; esso ha per precipuo intendimento l'educazione e l'istruzione delle levatrici, nonchè del medico pratico.

Prof. Luigi Mangiagalli, *Direttore responsabile.*

Anno XIV. Febbraio 1892. Num. 2.

ANNALI
DI
OSTETRICIA E GINECOLOGIA

Dott. GIUSEPPE GIGLIO

Tre casi speciali di endometrite del collo

(TUBERCOLOSI PRIMITIVA?)

studiati negli Istituti di Anatomia Patologica di Vienna e di Milano.

I tre casi di endometrite specifica, che mi propongo di illustrare, sono stati affidati al mio studio, nei gabinetti di Anatomia Patologica di Vienna e di Milano, dagli egregi professori Paltau e Visconti.

Le interessanti particolarità istologiche e le difficoltà diagnostiche, che presentarono al clinico e all' anatomo-patologo, spiegano la ragione della mia pubblicazione, nella quale merita di essere notato il fatto, che tutti e tre i casi, per i loro caratteri clinici, sono stati, da eminenti ginecologi, diagnosticati per carcinomi del collo dell' utero.

Ordinariamente i dubbi del clinico vengono dal microscopio dileguati, ma in due dei tre casi, il giudizio riesce così difficile, che anche l' anatomo-patologo è obbligato divagare, perchè, mentre essi offrono caratteri che li avvicinano alla tubercolosi o al lupus, mancano poi di taluni importanti segni, che fanno cadere nuovamente nel dubbio.

Riferisco la storia e l'esame di ciascuno, per venire alla discussione e alle conclusioni.

Caso I. — V.... Maria, di anni 27, da Cernusco, di mestiere operaia, coniugata, nullipara, entra nel comparto ginecologico dell'Ospedale Maggiore di Milano, diretto dal prof. Mangiagalli, il 27 dicembre 1889. Mestruata la prima volta a 17 anni, senza sofferenze, ebbe le consecutive

perdite mensili regolari nel periodo, scarse nella quantità. Essa non fu mai gravida, non sofferse alcuna malattia in passato, non fu constatato alcun dato gentilizio. L'ultima mestruazione fu in aprile 1889 della durata di 9 giorni, e d'allora mancarono le perdite rosse a cui si sostituirono perdite bianche, continue, inodore, che si mescolavano ad intervalli con qualche macchia di sangue. — Manca qualunqne fenomeno di probabile gravidanza, accusa dolori fissi ai quadranti inferiori ed ai lombi.

Esame. — Aspetto generale buono, nutrizione discreta, organi del torace e dell'addome sani, non così quelli della pelvi.

La palpazione profonda della regione sottoombellicale rileva a destra una tumescenza, leggermente dolente, a contorni non bene definiti: sotto la narcosi cloroformica si rilevano questi dati:

Genitali esterni da nullipara, sani. La porzione vaginale del collo è trasformata in una massa irregolare fungoide facilmente friabile e sanguinante. Utero leggermente ipertrofico, antiflesso e mobile. Posteriormente e a destra vi ha una tumescenza elastica, fissa, della grandezza d'un arancio, alquanto ineguale, in rapporto coll'utero, per mezzo d'un cordone, che s'inserisce in corrispondenza del corno di destra.

Diagnosi clinica. — *Metrocarcinoma?* della porzione vaginale del collo, complicato da piccola cisti ovarica destra ovvero da ectasia cistica della tuba di destra (idrosalpinge?)

Asportato un pezzettino della mucosa ed esaminato al microscopio fu fatta *diagnosi anatomica* di: *Endometrite cronica con adenoma papillare*, atteggiantesi in taluni punti ad adenoma destruente.

In base alla diagnosi anatomica il prof. Mangiagalli si limitò a praticare l'amputazione sopravaginale del collo, e l'inferma andò pochi giorni dopo guarita.

Il collo asportato fu indurito in alcool assoluto e sottoposto da me ad osservazioni istologiche e batteriologiche nel gabinetto anatomico, diretto dal dott. Visconti.

Esso lasciava notare intorno al muso di tinca delle erosioni papillari molto rialzate e come vegetanti, e nel rimanente della superficie l'aspetto era liscio, duro e bianchiccio.

Esame istologico. — I tagli furono praticati alcuni in senso orizzontale, trasversalmente agli elementi glandulari, altri in senso longitudinale, in serie e colorati con carminio, ematoxilina e saffranina.

Si osserva in essi partendo dallo interno verso l'esterno: iperplasia dell'epitelio pavimentoso di rivestimento, il quale manda un discreto numero di zaffi epiteliali, che nell'approfondarsi nel tessuto sottostante, qua e là si anastomizzano fra di loro.

Il connettivo mucoso e sottomucoso è pure iperplastico e quasi da per tutto riccamente infiltrato di cellule connettivali giovani, infiltrazione, che va scemando negli strati più profondi della mucosa.

L'elemento glandulare, assai sviluppato, si appoggia in taluni punti sullo strato muscolare a detrimento dello stesso. In altri siti lo sviluppo presenta la forma dell'adenoma papillare o si avvicina all'adenoma destruente. I vasi sanguigni di questo strato sono numerosi e buona parte di essi sono circondati allo esterno da una zona più o meno larga di cellule embrionali. In vicinanza dei vasi si riscontrano inoltre delle isole o focolai di cellule connettivali giovani, in mezzo ad alcuni dei quali si trovano corpi rotondi, simulanti la forma di cellule giganti. Di questi se ne trovano anche in vicinanza di stravasi sanguigni, spesso numerosi ed accanto alle glandule, che alla loro volta lasciano vedere porzione del loro epitelio modificato.

La parte centrale delle supposte cellule giganti è costituita da detritus giallastro, attorno al quale stanno disposti più o meno concentricamente i nuclei.

Talune di queste grosse cellule portano nel centro o lateralizzato un corpo giallognolo geodeiforme, a strati concentrici, il quale rifrange fortemente la luce ed assorbe poco i colori di ematoxilina e carminio (1).

Alcune cellule misurano nel maggior diametro orizzontale 10 micromillimetri con Ob. 8 ed Oc. 2. Koritska.

Gli strati più esterni del connettivo sottomucoso contengono fasci connettivali sclerosati, che s'internano nello strato fibro-muscolare, che alla sua volta è iperplastico.

La ricerca dei bacilli tubercolari accuratamente fatta in più di 50 preparati, colorati coi diversi sistemi, Gram, bleu di metilene e fucsina, Weigert, diede risultati negativi.

Ne io, nè il dottor Segré, assistente nell'Istituto anatomo-patologico di Milano, potemmo rintracciarli nè dentro i focolai, nè dentro le grosse cellule.

Raccogliendo un poco l'attenzione sui fatti constatati, si possono formulare le seguenti diagnosi possibili di: *endometrite tubercolare con adenoma papillare*, di *endometrite cronica con adenoma papillare e presenza di cellule giganti*, in cui la cellula gigante sarebbe il risultato della infiammazione cronica diuturna, e di *cancro epitelioide del collo dell'utero*. Discuteremo in seguito queste diagnosi.

Caso II. — Una signora, di buona famiglia di Vienna, in età molto giovane, intorno ai 28 anni, ricorreva alla osservazione del professore Braun per le seguenti sofferenze all'utero:

Leucorrea muco-purulenta, senso di peso all'utero, dolori al pube

---

(1) V. Ziegler. Vol. I, P. II, pag. 110.

e ai lombi, abrasioni sulla superficie del collo, ed impiagamenti, ricoverti di bottoni carnosi bianchicci e facilmente sanguinanti, mucosa del muso di tinca e del canale cervicale iperplastica, arrossata, flaccida, sanguinante. Utero mobile, in posizione fisiologica, corpo di poco ingrossato, parametrii ed annessi liberi, organi dell'addome e del torace normali. Nulla di ereditario, precedenti nessuno. Era stata sempre regolarmente mestruata, aveva avuto parecchi figli.

Stabilita la diagnosi di *Carcinoma del collo*, fu operata dal professore Braun e dall'assistente Ochoennech (1) di isterectomia vaginale, guarendo completamente. Però 3 mesi dopo l'operazione esplodeva una tubercolosi acuta, generale, ai polmoni, agli intestini ed agli annessi, che determinava rapidamente la morte.

Indurito l'utero in alcool assoluto, fu da me studiato dal lato istologico e batteriologico.

Esame istologico. — Le colorazioni con bleu di metilene e fucsina, col metodo Weigert, ecc., messero in evidenza i bacilli di Koch, sia dentro le cellule giganti, sia nei focolai tubercolari. Altri preparati fatti dal prof. Paltau, primo assistente del prof. Kundrat, nel gabinetto ove io lavorava, convalidarono il mio reperto, e mi rassicurarono della diagnosi di tubercolosi, che fu confermata dall'esame istolcgico.

In parecchi tagli fatti al microtomo, dietro inclusione in celloidina, e colorazione col picrolitio carminio e colla ematoxilina osservai:

La mucosa del collo uterino ricca di connettivo iperplastico, sclerotizzato, in cui si notano in taluni punti fasci di fibrille connettivali, più o meno stipate, spesso ondulate e scarse di cellule connettivali, mentre in altri punti esistono fasci di fibrille connettivali meno estesi e meno stipati ed una infiltrazione maggiore di cellule embrionali.

Questi fatti però variano d'intensità nei diversi tagli e nei varii siti. Dove è più accentuata l'iperplasia connettivale, sono visibili dei corpi rotondi, di grandezza differente, con detritus granulare nel centro e nuclei più o meno numerosi, i quali mentre in alcuni preparati non si lasciano bene caratterizzare, in altri, ove sono più numerosi, si manifestano per vere cellule giganti contenenti dei bacilli. Queste grosse cellule stanno in mezzo a neoformazioni connettivali (nodi tubercolari), ricche di cellule embrionali, che rammentano la struttura del tubercolo miliare. In tutti è notevole l'adenoma endocanaliculare papillomatoso, o endometrite adenomatosa papillare.

Caso III. — Una donna giovane, si presentava ad un ambulatorio ginecologico di Vienna per sofferenze all'utero. Al senso di stiramento

---

(1) Ochoennech era in quell'anno assistente presso la Clinica del prof. Braun.

che accusava ai lombi, si accompagnava leucorrea muco-purulenta, spesso sanguinolenta, disordine nella mestruazione, sia pel periodo che per la quantità e sensazione dolorosa al basso ventre. Allo speculum lasciava osservare la superficie del collo erosa, facilmente sanguinante, la mucosa del muso di tinca e del canale cervicale arrossata, iperplastica, sanguinante, le labbra del collo discretamente ipertrofiche. All'esplorazione bimanuale l'utero era mobile, spostabile in tutti i sensi, indolente, di volume normale, gli annessi e i parametrii liberi e sani, i fornici di grandezza e curvatura fisiologica.

Esportato un pezzetto di mucosa ed indurito prima nel liquido di Müller e poi in alcool assoluto fu a me assegnato per lo studio.

Fatta l'inclusione in celloidina, praticai dei tagli col microtomo, che furono colorati col picrolitio carminio, e colla ematoxilina; altri tagli furono fatti a man sospesa e colorati col sistema Weigert e col bleu di metilene e fucsina per la ricerca dei bacilli. Il risultato fu il seguente:

Notevole iperplasia connettivale della mucosa con rimarchevole infiltrazione di cellule embrionali e presenza di ghiandole utricolari ectasiche. In molti siti della mucosa si notano estesi stravasi sanguigni, ed in altre isole di varia grandezza, formate d'una sostanza d'aspetto caseoso, o meglio d'ammassi di granulazioni albuminoidi amorfe.

In mezzo poi alla sostanza granulo-adiposa caseosa ed agli stravasi sanguigni, si trovano corpi che rammentano la forma delle cellule giganti.

In nessun punto però si osserva la vera struttura del tubercolo.

I corpi rotondeggianti, che risiedono spesso in mezzo al connettivo della mucosa iperplastica, mostrano iu taluni preparati dei caratteri assai vicini alle cellule giganti, mentre in altri si possono rassomigliare a nodetti cancerosi degenerati, o a cumuli di cellule linfoidi con detritus in mezzo, come nei granulomi, nei quali casi riesce impossibile differenziarli dalle cellule giganti del tubercolo.

Le glandule presentano in genere l'epitelio quasi normale, in talune però questo è un poco ingrossato, e tutte più o meno sono ripiene del loro contenuto. In taluni preparati, l'elemento glandulare, è abbastanza sviluppato, e più che in altri si atteggia ad adenoma.

Dei tanti preparati batteriologici, soltanto pochi lasciarono vedere i bacilli di Koch, radi o aggruppati a due o a tre, dentro i focolai, costituiti da ammassi di granulazioni albuminoidi amorfe o sparsi dentro i focolai emorragici. La loro forma era per lo più curva, in generale più assottigliati dell'ordinario.

Analizzando e comparando attentamente i tre casi, io vi trovo molti caratteri in comune, ed alcuni speciali per ciascuno. Trovo di comune

l'infiltrazione di cellule linfoidi nella mucosa, la loro proliferazione, l'iperplasia del connettivo, l'adenoma papillare.

Trovo disparati i caratteri del connettivo embrionale, formante focolai con corpi rotondeggianti, polinucleati, perchè non ci dà sempre la sicurezza di potere stabilire, se questi focolai sieno tubercolari, e se i corpi in essi contenuti appartengano a cellule giganti.

Vi ha di più, che quando questi caratteri si avvicinano alla tubercolosi, la mancanza dei bacilli di Koch ce ne allontana, di modo che mentre non posso accettare l'una ipotesi, perchè manca qualche cosa di caratteristico, devo respingere l'altra, perche il complesso dei fatti infiammatori è così esagerato da sorpassare l'ordinario. In quanto alla terza diagnosi poi non vi ha che un elemento solo su cui fondarla. Molte somiglianze invece hanno tutti e tre i casi col granuloma. Vediamo di combinare questi differenti caratteri, trovandone la ragione e facendo da essi emergere la vera diagnosi.

Secondo il Cornil (1) la tubercolosi dell' utero non è che una metrite determinata dai bacilli di Koch. Difatti vi si riscontrano tutte le lesioni delle comuni metriti, con l'aggiunta di noduli speciali, e di cellule giganti, che stanno in rapporto ai bacilli. L'assenza quindi dei bacilli sarà un fatto negativo di tale entità da togliere e da attenuare sensibilmente l'importanza degli altri segni, cioè dei focolai di connettivo embrionale, e delle cellule giganti, alle quali non tutti attribuiscono una grande importanza di specificità.

E se al Cornil, malgrado l'assenza dei bacilli in casi di tubercolosi degli annessi e dei polmoni, è stato permesso di stabilire la diagnosi, e di vederla confermata dalla sezione, a me non è dato fare lo stesso, perchè mi trovo in condizioni affatto disparate. Egli è stato guidato nella diagnosi dalla presenza della tubercolosi nei polmoni o nel peritoneo o negli annessi, io mi trovo dinanzi ad inferme nelle quali tutti gli organi del torace e dello addome sono sani e nelle quali sono negativi tutti i precedenti ereditari.

Essendo rara, anzi eccezionale la tubercolosi primitiva dell' utero,

---

(1) Cornil. « Leçons sur l'anatomie pathologique des métrites, des salpingites, ecc. » Capit. « Tubercolosi, » pag. 73.

dobbiamo essere esitanti nel diagnostico del 1.° caso. Nè ogni nodulo, nè ogni cellula gigante, che troviamo in un tessuto, ci autorizza a parlare di tubercolosi, giacchè tanto i noduli, quanto le cellule giganti si possono confondere con elementi simili di struttura ma di differente natura e si possono trovare in affezioni assai diverse.

Il nodulo tubercolotico, che si sviluppa, come si sa, dal connettivo e che viene caratterizzato dalla presenza in esso di elementi cellulari rotondi (simili ai linfoidi), portanti uno o più nuclei rotondi, ovali, vescicolari, trasparenti, trova benissimo il riscontro in noduli di altra natura. E la cellula gigante e le grosse cellule epitelioidi, giudicate da taluni come specifiche della tubercolosi, possono trovarsi (1) nelle neoformazioni infiammatorie, o possono precedere le stesse, o si possono anche ottenere sperimentalmente, senza che tubercolosi ci sia (2).

Vero è che esistono dei caratteri differenziali tra un nodulo e l'altro, tra elemento ed elemento, ma appunto questo costituisce una delle maggiori difficoltà per l'osservatore.

Le cellule costituenti il tubercolo sono equivalenti alle cellule delle granulazioni, ed il materiale principale del tubercolo è fornito dalle cellule bianche del sangue, emigrate, dagli endoteli e dalle cellule fisse del connettivo, dimodochè (3) il tubercolo si potrebbe differenziare dal tessuto di granulazione e da altri tessuti, prodotti d'infiammazione, non dalla natura e forma degli elementi cellulari, ma dal loro aggruppamento e da caratteri consimili (Ziegler) (3).

Un nodulo che non sorpassa una certa grandezza, che non contiene vasi di neoformazione, che si arresta ad un certo sviluppo, per subire metamorfosi regressiva, degenerazione grassosa, caseificazione, offre delle note caratteristiche per differenziarlo dagli altri. — E vieppiù resta chiarita questa differenza, quando in esso si vedono le tre zone caratteristiche, della cellula gigante, delle cellule epitelioidi, e delle cellule rotonde, con il reticolo di connettivo, ricco di cellule, rotonde, giovani. — Però nell'inizio della tubercolosi non si trovano quasi mai questi caratteri,

---

(1) ZIEGLER. « Anatomia Patologica. » Cap. « Tubercolosi. » Traduz. italiana, pag. 176.

(2) Esperienze Ziegler, Rindfleisch, Recklinghausen, Rustizky, Lieberkicln.

(3) ZIEGLER. Loco citato.

così ordinati, e così accentuati (vedi 3.° caso) da metterci subito sulla giusta via. La confusione quindi colle ordinarie granulazioni è più che facile.

Dal nodulo connettivale o tubercolo, passo alla cellula gigante. Questo elemento più d'ogni altro può dar luogo ad errori, perchè mentre si trova in talune forme di tumori, infiammazioni delle ossa, lepra, lupus, decidua, ecc.; può mancare in casi di tubercolosi, ove il bacillo di Koch realmente esiste. — La sua importanza è quindi relativa.

Gli studî di Hering (1), di Ziegler (2), di Virchow (3), Rindfleisch (4) e Wegner (5), le pubblicazioni del Foà (6), Durante (7), Cacciola (8), Visconti di Milano (9) e quelle di Justus Gaule (10) nel testicolo tubercolotico, non che le osservazioni di Schuppel (11), di Marchiafava e Milone hanno convalidato viemaggiormente l'opinione, che la cellula gigante non può essere un elemento specifico della tubercolosi. In qualunque modo essa si formi, o da un elemento cellulare preesistente per scissione del nucleo ed aumento del protoplasma (Rindfleisch), o per proliferazione delle cellule delle pareti vasali (Wegner), o dalla fusione di parecchi elementi (Foà), o da un trombo sanguigno o linfatico, formatosi in seguito a profilerazione degli endoteli (Cacciola), o dentro i vasi con partecipazione delle cellule delle pareti, o fuori di essi dal detritus granulare dei globuli rossi, colle sostanze albuminoidi del san-

---

(1) Hering. « Studien über Tuberc. » Berlin, 1873.

(2) Ziegler. Loco citato, opp. « Ueber die Herkünft. » 1875 und « ueber patholog Bindegewebs neübildung. » 1876.

(3) Virchow. Relaz. del XVI Congresso dei Naturalisti tedeschi. « Die Krankaften Geschwülste. » Berlin, 1864 e Sez. 19 febb. 1873.

(4) « Traité d'histolog. patholog. » 1873, pag. 624, traduz. francese.

(5) *Archiv Wirchow fur Pathol. Anat.*, 56 ter, Bn p. 523.

(6) *Arch. delle Scienze Mediche*, vol. I, fasc. II, p. 120, 1876.

(7) « Genesi e metamorfosi del sarcoma gigante-cellulare. » 1874.

(8) « Sulla pretosa cellula gigante nelle affezioni infiammatorie delle ossa e nel sarcoma. » *Gazzetta Medica di Roma*, anno III, N. 9, 1877.

(9) Visconti. « Sulle origini delle cellule gigantesche del sarcoma gigante-cellulare del tubercolo e delle ossa. » Rendiconti del R. Istituto Lombardo, Serie II, vol. VII, fasc. XIX (dicembre 1874).

(10) « Anatomische Untersuchungen uber Hoden tubercolose. » *Virchow's Archiv fur Pathol. Anat.*, Bd. 69, pag. 219.

(11) Oscar Schuppel. « Lymphdrüsen tuberkülose. » Tubingen, 1875.

gue (Visconti), noi dobbiamo crederlo un elemento utile alla diagnosi, ma non necessario.

Ovunque si abbia un processo infiammatorio con nuova produzione di cellule e trombosi vasali, può facilmente sorgere una cellula gigante (Ziegler).

In qualunque tessuto di granulazione noi lo possiamo trovare. Prova più luminosa si ha dai lavori sperimentali di Recklinghausen, di Lieber Kûln, di Rustizky e di Ziegler, che hanno ottenuta la cellula gigante con mezzi artificiali.

Or dunque ci troveremmo probabilmente nel vero, se osservando la cellula gigante in talune endometriti, come quella del 1.° caso, senza la presenza dei bacilli di Koch, dicessimo di trattarsi di una *endometrite speciale a cellule giganti;* nella quale quest' ultime sono derivate dal processo infiammatorio e proliferativo endo e perivasale, in seguito a trombosi vasale e focolai emorragici.

Se le alterazioni riscontrate fossero state secondarie a processo tubercolotico dei polmoni, o di altri organi o degli annessi, allora malgrado l'assenza dei bacilli di Koch, non esiterei ad ammettere la stessa affezione per l'utero, ma in mancanza di ciò, devo ricorrere o alla diagnosi anzidetta, o tutto al più ad una tubercolosi primitiva dell'utero, in cui i bacilli sono mancati per ragioni sconosciute.

Ma sia che si tratti dell'una affezione o dell'altra, il fatto è sempre singolare (1). Però non posso esimermi dal fare osservare, che un cancro epitelioide si poteva supporre in quel tessuto, giacchè soppressi i fatti, che si attagliano a qualunque processo infiammatorio, restano i numerosi zaffi epiteliali, che partendo dall'epitelio di rivestimento si approfondano nella mucosa, anastomizzandosi tra di loro.

È semplicemente l'aspetto e il carattere di questi elementi epiteliali, e la distribuzione di essi nel tessuto mucoso, che m' allontana completamente da questa diagnosi.

Il 2.° caso, che io studiai nel gabinetto di Anatomia patologica di Vienna, diretto dall'ill. prof. Kundrat, si presta a poche riflessioni, perchè

---

(1) V. Cornil, loco cit. Caso operato dal Pean, e il caso riportato nella *Wochenschrift* del 1890-91 e l'altro descritto dall'Angelini nell'Istituto di Anatomia Patologica di Padova, 31 maggio 1891, comprovato dalle inoculazioni nelle cavie.

presenta tutti i caratteri di una vera tubercolosi, cioè focolai tubercolari, cellule giganti, bacilli di Koch. Però anche in esso non tutti i preparati mostrano alla evidenza detti caratteri, anzi taluni getterebbero nel dubbio, se altri e la presenza dei bacilli non li avvalorassero.

Tralasciando discutere, in questo caso, i caratteri, che presenta di comune cogli altri, faccio rilevare semplicemente quei focolai formati di materia granulosa e caseosa, i quali senza la presenza del bacillo, si potrebbero al microscopio confondere con focolai carcinomatosi degenerati e di essi se ne incontrano parecchi, mentre è raro il vero tubercolo giovane, il tubercolo miliare.

Qualche cosa m'incombe l'obbligo di dire sulla ricerca del bacillo, il quale manca in molti preparati e in quelli, dove esiste, è spesso alterato nella forma, e meno numeroso di come ordinariamante si trova negli altri organi.

Ragioni queste che consigliano di non affidarsi mai ad uno dei processi comuni di colorazione, per scoprirlo, ma di ricorrere sempre al processo differenziale del Weigert. Esso per lo più si trova nelle cellule giganti e in mezzo ai focolai tubercolotici, ma non è raro vederlo dentro i focolai emorragici, in mezzo ai globuli di sangue, ora a gruppi, spesso isolato (vedi 3.° caso).

Maggiore campo di osservazione offre il 3.° caso tanto che lo assistente del prof. Kundrat, sig. Paltau, me l'ha presentato col titolo di *caso dubbioso*. Ed in vero i caratteri più spiccati di esso, cioè: tessuto di granulazione con grosse cellule epitelioidi; focolai caseificati; infiltrazione di cellule linfoidi, che si propaga maggiormente verso la muscolare, dove si notano grosse cellule con chiaro protoplasma, e nuclei rotondi; masse di leucociti nei vasi e fuori di essi; mancanza di tubercoli distinti, mancanza di cellule giganti, si potrebbero adattare ad un granuloma qualunque, se non esistesse il bacillo di Koch; ma essi con la presenza del bacillo portano ad ammettere una tubercolosi giovane, perchè è solo in questo periodo della tubercolosi, che possono esistere tali requisiti.

Del resto il collo dell'utero appariva relativamente sano ed era la mucosa sola della cervice che si presentava alterata, e che poteva destare il sospetto di un carcinoma incipiente. Gli annessi uterini, i polmoni e gli altri organi non davano nulla a divedere.

Unico segno dunque in cui si può posare la diagnosi di tubercolosi, è la presenza del bacillo di Koch, potendo gli altri caratteri andar confusi con quelli di altre affezioni. Però quando si ha un segno sicuro, tutti gli altri, che gli stanno vicini, perdono la loro dubbiezza e coadiuvano il primo.

È stato singolare in questo caso il fatto d'aver trovato i bacilli nei focolai emorragici, in mezzo ai globuli sanguigni, più che nei focolai di cellule connettivali. Ciò potrebbe far supporre, che essi siano arrivati in sito per mezzo della circolazione, dove, avendo alterato le pareti vasali, riuscirono a provocare la rottura degli stessi; le altre alterazioni nei tessuti probabilmente sarebbero postume al loro arrivo. Molti hanno parlato della possibilità che il virus tubercolare, penetrato nelle vie sanguigne, attraversi l'albero circolatorio, senza dare localizzazioni nè alla porta d'ingresso, nè in altri siti, per andare a localizzarsi nei genitali, dal che dissero questa forma di tubercolosi, ematogena. Questo fatto ci condurrebbe in un campo opposto alla inoculazione diretta della tubercolosi sul collo dell'utero, senza però distruggere il fatto di potere essere primitiva in quest'organo. Giacchè sia che arrivi per mezzo della circolazione, come dice Cornil, sia che s'inoculi direttamente, per mezzo del coito, di cateteri, di canule vaginali, delle dita (1), essa è stata primitivamente constatata sul collo. Malgrado le nostre idee sul proposito, non possiamo tacere le obbiezioni da altri presentate.

Si direbbe, perchè la vagina che è più sottoposta allo attrito e più direttamente al contagio, non è la prima ad infettarsi, anzi non lo è affatto primitivamente, o in via forse eccezionale?

È stato risposto che a ciò influisce la struttura differente dei tessuti, e più di tutti la disposizione della mucosa, offrendo la cervicale maggior numero di pliche della vaginale, in cui possa annidarsi il germe e rimanervi, e dare agio al bacillo di svilupparsi.

---

(1) Cohneim. « La tubercolosi sotto il punto di vista della teorica infettiva, » (versione italiana del dott. Napoletani, 1879), osservazioni di Verneuil, Verchère, Fernet, Derville, Finne, Hegar, Spaeth.

Prove per il contagio diretto della tubercolosi nella vagina e nell'utero ci vennero offerte anche da Roth (« Note cliniche e batteriologiche sopra osservazioni d'infezione tubercolare per la via genitale nella donna, » 1889) e da Guzzoni degli Ancarani (*Rivista di ginecol. ed ostetr.*, 1890).

L'epitelio di rivestimento differente, la pulizia maggiore a cui si può assoggettare la vagina, le abrasioni, che più di frequente si trovano intorno al muso di tinca, sono tutti fatti, che s' impongono a favore dell' una e contro dell' altra.

Il valore di queste idee, puramente ipotetiche, viene attenuato dalle esperienze di Cornil, il quale ha prodotto la tubercolosi nelle cavie, inoculando le culture del bacillo di Koch nella vagina. Ma qualunque sia la ragione di ciò, il certo si è che la tubercolosi primitiva del collo è assai rara, e primitiva della vagina non ne ho trovato alcun caso; mentre la secondaria è piuttosto frequente. Ciò che sarebbe spiegato dal fatto della permanenza dei germi, che continuamente giungono per lo scolo dei liquidi dalle tube e dall'utero nella cavità vaginale.

Esaurita la parte anatomica volgiamo lo sguardo nel campo clinico.

È degno di nota che questi casi da me illustrati sono stati tutti e tre da distinti ginecologici diagnosticati per carcinoma.

Le erosioni sul collo, gl'infossamenti più o meno profondi, la superficie facilmente sanguinante, lo scolo muco-purulento, l'assenza di tubercolosi in altri organi, la mancanza di precedenti ereditari, davano tutta l'apparenza di una produzione neoplastica. Questo e l'importanza dei nomi di quelli, che la diagnosi hanno stabilita, mettono sull'avviso di non fidare, per la diagnosi, sui soli segni clinici, ma di espletare tutti gli altri mezzi di diagnostica, microscopici e batteriologici e fanno sovvenire l'idea, che molti casi di carcinoma dell'utero, guariti con cura locale, poterono essere delle tubercolosi incipienti, o che molte demolizioni dello organo, autorizzate dalla diagnosi clinica di carcinoma, potevano essere sostituite da mezzi meno radicali e meno pericolosi.

La diagnosi esatta e fatta in tempo è reclamata dalla indicazione dell'operazione, perchè la tubercolosi avvisata di buon'ora dà campo alla cura locale, dalla quale si può passare ad una demolizione limitata e parziale, ove il bisogno lo richieda, intanto che si tengono sotto osservazione gli annessi, dove prima che in altri siti potrà l'affezione migrare.

Il carcinoma, qualunque sia la forma, e il sito ove originò, collo, mucosa cervicale, fondo dell' utero, richiede ben altre indicazioni, che non è qui il caso di accennare.

Prima di chiudere l'argomento, interessa richiamare l'attenzione sulle alterazioni glandulari, che sono state constatate in tutti i tre casi.

Le glandule soggette al processo infiammatorio, presentano i varî stadî dello stesso, perciò si trovano glandule di grandezza normale e con epitelio intatto, glandule in cui l'epitelio ha subito delle modificazioni, e si presenta più o meno appiattito; specialmente in vicinanza delle cellule giganti, glandule che hanno perduto gran parte del loro epitelio, che si sono deformate e che si sono spinte, pel loro esagerato sviluppo, fino allo strato muscolare a detrimento dei tessuti circostanti.

Ma vi ha dippiù, il connettivo rigogliosameute proliferato ha spinto lo stroma dentro le glandule stesse, costituendo il cosidetto adenoma papillare.

Or queste date alterazioni glandulari accompagnate da focolai di natura dubbia, e dalle cellule giganti, potrebbero destare il sospetto d'una incipiente formazione neoplastica? Io credo di no, perchè dove esiste il bacillo di Koch non si può pensare ad altro, che a tubercolosi, e dove non esiste, non ho riscontrato altri elementi che accennassero a modificarsi in quel senso.

Dette alterazioni non sono dunque che l'espressione di una endometrite, in cui le glandule sono state affette come tutti gli altri tessuti, e modificate più o meno dalla intensità e dalla durata del processo.

Non so se gli apprezzamenti fatti possono avere un merito reale, ma qualunque ne sarà l'importanza, nessuno potrà attenuare il valore dei casi stessi.

Chiudo il mio lavoro, inviando sinceri ringraziamenti ai professori Kundrat e Paltau di Vienna ed ai professori Mangiagalli e Visconti di Milano, i quali oltre a cedermi il materiale, mi sono stati larghi dei loro consigli.

R. Scuola Pareggiata di Ostetricia nell'Ospizio di S. Caterina in Milano
diretta dal Prof. Comm. E. Porro.

RELAZIONE DI TRE OPERAZIONI PORRO
DI CUI DUE CON AFFONDAMENTO DEL PEDUNCOLO

PEL
Dott. ANNIBALE BERTAZZOLI
Medico Primo Assistente e Libero Docente in Ostetricia.

(Continuazione e fine, vedi numero precedente).

L'affondamento del peduncolo nella operazione Porro venne per la prima volta eseguito dal Litzmann nel 1878; e per quanto l'esito ne fosse fatale, pure non vi mancarono gli imitatori, che in pochi anni raggiunsero anzi un discreto numero, sebbene gli insuccessi si susseguissero in un modo quasi ininterrotto. Il Mangiagalli nel 1883 raccolse 15 casi di operazioni Porro con affondamento del peduncolo, e, per quanto si mostri deciso fautore del trattamento intraperitoneale, che crede debba finire coll'uscirne trionfante, pure allarmato dall'enorme mortalità del 73. 33 0[0, conchiudeva: « . . . . non sono ripugnante del tutto all'idea dell'affondamento, per quanto i risultati finora ottenuti non sieno molto incoraggianti; e darei la preferenza al metodo di Schroeder per la miotomia » (1). È in base a tale disastrosa statistica, che vediamo pronunciarsi contro l'affondamento del peduncolo nell'amputazione utero-ovarica cesarea molti degli scrittori, che in seguito trattarono di tale questione, fino a non voler comprendere, sotto il nome di operazioni Porro, quelle ovaro-isterectomie cesaree trattate colla variante dell'abbandono del moncone nella cavità del peritoneo. Ed era quindi giusto che a così severi apprezzamenti seguisse il responso di altri e più recenti fatti clinici, dalla cui spassionata interpretazione

(1) Mangiagalli. « Le più recenti modificazioni del taglio cesareo. » *Annali di Ostetr.*, 1883-84.

ne scaturisse o la conferma di irremissibile condanna alla tentata modificazione, o la sua assoluzione come metodo, l'esito più che frequentemente letale dei primi tentativi, trovando soddisfacente spiegazione nella gravezza dei casi, e talora nella condotta in proposito tenuta dai vari operatori, indipendentemente quindi dalla razionalità della modificazione medesima. A questo intento riporto dapprima in una tavola le osservazioni già raccolte dal Mangiagalli, aggiungendovi anche i casi del Pasquali e del Fornari, ma senza però comprenderli nel computo statistico. Infatti per quanto il peduncolo uterino vi sia stato affondato, pure l'amputazione utero-ovarica venne eseguita piuttosto come complemento della laparotomia fatta per estrarre il feto dalla cavità addominale in seguito a rottura della matrice, ed intrapresa sotto tali circostanze, portate dalla natura dell'accidente, dallo stato degli organi interessati, e dalle condizioni della paziente, da non potere in niun modo imputare al processo seguito l'esito infausto che vi tenne dietro, e che tale si sarebbe forse egualmente avuto, non ostante si fosse pur ricorso ad altre e diverse risorse chirurgiche. Alla suddetta tavola faccio seguire le storie cliniche delle operazioni Porro con affondamento del peduncolo, che potei raccogliere mediante accurato spoglio bibliografico dal 1884 al settembre 1891, sia in Italia che all'estero, dando fra esse posto anche a quelle appartenenti a Van der Hoeven ed a Mermann, nelle quali l'atto operativo venne richiesto per rottura dell'utero, ma senza però prenderle in considerazione pei calcoli successivi, come appunto già feci notare per i due casi del Pasquali e del Fornari. Lascio invece in disparte il caso appartenente a Goode da Sydney, accennato dai Barnes (1), e dal Guzzoni degli Ancarani aggiunto alle 15 osservazioni di operazioni Porro raccolte dal Mangiagalli (2), poichè veramente in tale caso del Goode non si trattava proprio di taglio cesareo, ma di tumore ovarico destro così cementato all'utero, da richiedere anche l'ablazione sopravaginale di questo organo, in una donna di circa 60 anni (3).

---

(1) R. e F. Barnes. « Traité théorique et clinique d'obstétrique médicale et chirurgicale. » Trad. Cordes, 1886.

(2) Guzzoni degli Ancarani. « Il taglio cesareo. » Collezione italiana di letture sulla medicina. Serie IV, n. 5, pag. 35.

(3) W. H. Goode (Sydney). « Removal of the uterus with double ovariotomy. » *The british medical journal*, 1 nov. 1884, pag. 859.

Operazioni Porro con affondamento del peduncolo dal 1878 al 1883.

Numero progressivo	Data	Operatori	Indicazione	Modo di trattamento del peduncolo	Esito per la madre	Osservazioni
1	1878 - 14 maggio.	Litzmann	Rachitismo.	Segmentazione del peduncolo, legatura isolata del legamento largo di destra.	Morte in 5.ª giornata per sepsi.	Rottura delle membrane fuori travaglio, febbre durante il parto. (38. 4). In quinta giornata dopo l'operazione lavatura della cavità peritoneale con acqua fenicata al 4 0/0 e drenaggio addomino-vaginale per sepsi. Poco dopo morte.
2	1880 - 21 marzo.	G. Veit	Osteomalacia.	Legatura separata dei legamenti larghi, sutura del moncone con 4 punti profondi e 12 superficiali, e poi segmentazione per emorragia, legatura dell'art. uterina destra.	Morte in 5.ª giornata per sepsi.	L'infezione pare essere stata portata da una infermiera che contemporaneamente assisteva un'altra paziente con ascesso peritoneale. All'autopsia i margini del moncone erano infiltrati di sangue.
3	» - 9 aprile.	J. Taylor	Bacino cifotico.	Segmentazione del peduncolo con seta e sutura a pellicciaio.	Morte in 26.ª giornata per embolia dell'art. polmonare.	Al XVII giorno dall'atto operativo flegmasia alba dolens a destra e più tardi a sinistra. Al XXVI si alza per la prima volta e muore quasi subito per embolia dell'art. polmonare.
4	» - 15 aprile.	Heusner	Osteomalacia.	?	Morte in 4.ª giornata per peritonite settica.	Rottura delle membrane 12 ore prima dell'operazione e depressione notevole di forze.
5	» - 23 aprile.	Heusner	Rachitismo.	Strettura del peduncolo con filo d'argento.	Morte in 2.ª giornata per emorragia e carbolismo.	Stato generale grave della paziente, a domicilio essendo stata sottoposta a ripetuti tentativi di liberazione, terminati colla decapitazione ed estrazione del tronco fetale. Alla autopsia non si rinvenne peritonite.
6	» - 4 giugno.	Salin	Uterus dupplex.	Legatura con catgut del peduncolo e riunione della parte sovrastante con punti pure di catgut profondi e superf.	Guarigione.	Prima dell'operaz. la T. era 39 ed il P. 120.
7	» - 31 luglio.	Zweifel	Ostruzione pelvica da fibroma voluminoso.	Segmentazione del peduncolo con doppio filo di seta e sutura della parte sovrastante con seta e catgut.	Morte in 6.ª giornata per peritonite.	Le acque erano colate spontaneamente da diverse ore.

				Plastico-cauterizz. della superficie libera del moncone col paquelin, poi per insorta emorragia segmentazione ancora in due parti del peduncolo.		
10	» - 14 marzo.	PASQUALI	Rottura spontanea dell' utero.	Costrizione coll'ansa metallica, ed al di sotto della stessa segmentazione del peduncolo con doppio cordone di seta, il picciuolo del filo di ferro e del cordone venne assicurato all'angolo inferiore della ferita.	Morte in 2.ª giornata per peritonite.	Venne praticato il drenaggio dello spazio del Douglas. All'autopsia si trova lacerazione utero-vaginale, che si estende molto più in basso al disotto del laccio costrittore.
11	» - 4 aprile.	FORNARI	Rottura uterina.	Legatura segmentata dei legamenti larghi e costrizione del peduncolo con robusto filo, tenendo l'estremo dei fili all'angolo inferiore della ferita addominale.	Morte in 3.ª giornata per peritonite.	Rottura uterina con uscita di anse intestinali attraverso l'avvenuta breccia, prima dell'operazione essendo stati fatti a domicilio tre tentativi di forcipe ed uno di rivolgimento interno. Il feto venne estratto dal dott. Fornari ancora col rivolgimento, e l'amputazione utero-ovarica venne fatta dopo il parto per la rottura uterina con strozzamento di anse intestinali.
12	» - aprile.	WARREN	Supposta gravidanza tubo-ovarica.	Il peduncolo, formato dalla parte superiore della vagina, viene legato con seta, legatura separata di due arterie.	Morte in 2.ª giornata per peritonite.	—
13	1882 - aprile.	G. BRAUN	Rachitismo.	Schiacciamento del peduncolo con klemmer ed al di sopra dieci forti legature in seta, amputazione dell'utero col paquelin.	Morte per anemia acuta.	L'emorragia venne dagli annessi uterini di sinistra.
14	» - maggio.	G. BRAUN	Osteomalacia.	Il peduncolo venne stretto da una doppia serie di legature, a catena la prima, ed a punti staccati e periferici la seconda.	Morte in 4.ª giornata per peritonite.	L'operazione venne intrapresa ad acque già colate ed a dilatazione uterina di 6 centimetri.
15	» - 17 ottobre.	C. BRAUN	Osteomalacia.	Numerose legature e cauterizz. della superficie libera del moncone.	Morte in 4.ª giornata per peritonite.	—
16	» - 24 marzo.	MARTIN	Rachitismo con dispnea gravissima.	Legatura separata dei legamenti larghi, amputaz. imbutiforme dell'utero, legature profonde e superficiali del peduncolo con seta fenicata.	Guarigione.	Venne praticato il drenaggio dello spazio del Douglas.
17	1883 - 15 gennaio.	KABIERSKE	Rachitismo.	Legatura separata dei legamenti larghi e delle art. spermatiche e cauterizz. col paquelin dei due monconi, legatura separata delle art. uterine, escisione imbutiforme dell'utero ed affrontamento esatto dei margini con venti punti di seta fenicata.	Guarigione.	L'operazione venne intrapresa a dilatazione uterina di 5 centimetri ed a sacco amniotico integro.

Operazioni Porro con affondamento del peduncolo dal 1884 al Settembre 1891.

I. Fritsch (Breslavia). — I para, d'anni 27, rachitica, con bacino totalmente, irregolarmente ristretto, cifo-scoliotico; operazione 13 novembre 1884 fuori travaglio ed in condizioni favorevoli; legatura elastica e con seta del peduncolo, fissando il laccio al tessuto uterino con tre punti; cauterizzazione dell'infundibolo cervicale con forte soluzione fenicata; numerosi punti di sutura nello spessore del peduncolo, che infine viene ricoperto dal peritoneo mediante sutura siero-sierosa. Bambino vivo, madre salva (1).

II. Streng (Praga). — II para, d'anni 29, ostruzione pelvica per enorme sarcoma della parete sinistra del bacino; operazione 21 settembre 1885; sutura a piani del peduncolo secondo il metodo Schroeder. Bambino vivo; morte della madre in 5.ª giornata per sepsi, determinata dal tumore, che venne classificato come un sarcoma plessiforme (Billroth) (2).

III. Sacchi (Cremona). — I para, d'anni 27, bacino totalmente regolarmente ristretto con CV. = 62 mm. Operazione 7 marzo 1886 dopo 1 ora e 1[2 dacchè la dilatazione uterina era completa, ed in condizioni favorevoli. Segmentazione del peduncolo con seta; legatura separata delle arterie, e cauterizzazione con soluzione concentrata di percloruro di ferro della superficie libera del moncone. Bambino vivo; morte della madre dieci ore dopo l'atto operativo per emorragia dal peduncolo (3).

IV. Hofmeier (Berlino). — I para, ostruzione pelvica per miomi uterini. Operazione nel mese di marzo 1886; sutura del peduncolo a piani con filo di seta e di catgut. Bambino vivo, madre salva (4).

---

(1) Heilbrun. « Eine sectio caesarea nach Porro. » *Central. f. Gynäk.*, 1885.

(2) Vàvra. « Beiträge zum Kaiserschnitt. » *Central. f. Gynäk.*, 1890.

(3) Truzzi. « Ulteriore contributo allo studio della operazione Porro. » Pag. 33. Corrispondenza epistolare.

(4) Seduta della Società Ostetrico-Ginecologica di Berlino, 11 giugno 1886.

V. Freund u. Bayer (Strasburgo). — I para, rachitica, con CV. = 50-52 mm.; operazione nell'aprile 1886, dodici ore dopo la rottura delle membrane ed in condizioni sfavorevoli; dapprima viene fatta la sutura uterina, ma poi è richiesta l'operazione Porro per atonia della matrice, ed il peduncolo è affondato. Bambino vivo; morte della madre in 6.ª giornata per peritonite (1).

VI. Schroeder (Berlino). — Pluripara con ostruzione pelvica per miomi uterini. Operazione 3 gennaio 1887 fuori travaglio, ed in buone condizioni; sutura a piani del peduncolo. Bambino vivo; madre salva (2).

VII. Schwarz (Fünfkirchen). — I para, con stenosi pelvica (CD. = 80) e minacciante rottura uterina. Operazione 3 luglio 1887, dodici ore dopo lo scolo del liquido amniotico, e dopo 24 ore dall'inizio del travaglio. Sutura a piani del peduncolo. Bambino vivo, madre salva (3).

VIII. Frattina (Pordenone). — Pluripara con atresia vaginale cicatriziale. Operazione 15 agosto 1887, fuori travaglio ed in buone condizioni; strettura segmentata con catgut e sutura a piani del moncone. Bambino vivo; madre salva; ed il puerperio fu disturbato dalla formazione di un ascesso all'angolo inferiore della ferita addominale, con eliminazione di cenci necrotici appartenenti, pare, al peduncolo (4).

IX. Franzolini (Udine). — I para, bacino rachitico con CV. = 65 mm. Operazione 15 ottobre 1887 in buone condizioni; sutura a piani alla Schroeder del peduncolo. Bambino vivo; morte della madre in 3.ª giornata per emorragia (5).

X. Van der Hoeven (Aja). — II para, d'anni 40, bacino leggermente ristretto con CV. = 80-85 mm. Operazione 23 aprile 1888, per rottura uterina dopo ripetuti tentativi di forcipe e di rivolgimento interno; condizioni assai gravi; sutura con catgut della lacerazione vaginouterina, e costrizione del peduncolo col laccio elastico. Morte della madre per colasso alla mattina successiva (6).

---

(1) M. Rosentraeger. « Ueber einen Kaiserschnitt nach conservie — render methode nebst statistik der Porro-operationen. » Jena, 1889, N. 184.

(2) Seduta della Società Ostetrica-Ginecologica di Berlino, 14 aprile 1887.

(3) F. Schwarz. *Wiener Med. Blätter.*, 1887, N. 37, pag. 1165. « Total exstirpation des graviden uterus wegen Beckenenge und drohender Uterusruptur. »

(4) e (5) Truzzi. Ult. lav. cit., pag. 33.

(6) *Nouvelles Archives d'Obstétr. et de Gynéc.*, 1889. « Répertoire Universel, » pag. 173.

XI. V. Ott (Pietroburgo). — I para, d'anni 30, ostruzione pelvica da voluminoso fibro-mioma del collo uterino. Operazione 20 maggio 1888; sutura a tre piani del peduncolo con numerosi punti stacccati, ed al disopra riunione della sierosa peritoneale. Bambino vivo; madre salva. Il puerperio fu disturbato dalla formazione in 10.ª giornata di un ascesso all'ipogastrio, che spontaneamente si apre dopo cinque giorni, lasciando un tragitto fistoloso, alla cui guarigione occorre, dopo un anno e mezzo di durata, l'applicazione di un drenaggio addomino-vaginale (1).

XII. P. Zweifel (Lipsia). — V para, d'anni 41, pelvi gravemente deturpata per osteomalacia: operazione 14 ottobre 1889, ad acque colate dalla mattina antecedente e con febbre della paziente; sutura a piani del peduncolo e riunione delle due lamine peritoneali al di sopra. Bambino premorto; madre salva, dopo un puerperio brevemente morboso per infiltrazione flemmonosa delle parti addominali (2).

XIII. A. Martinetti (Firenze). — I para, d'anni 37, mala conformazione del canale vulvo-vaginale. Operazione 25 novembre 1889; costrizione del peduncolo col laccio elastico, che, per impedirne lo scivolamento, viene fissato al tessuto uterino mediante quattro punti in seta. Bambino vivo; madre salva (3).

XIV. Saenger (Lipsia). — V para, d'anni 34, ostruzione pelvica da voluminoso mioma del collo e del segmento inferiore dell'utero. Operazione nel dicembre 1889, dopo due giorni dalla rottura spontanea del sacco amniotico; sutura a piani del peduncolo con seta, e suo rivestimento con sutura siero-sierosa; drenaggio dello spazio del Douglas con tubo di vetro riempito di garza iodoformata. Bambino vivo, madre salva (4).

XV. Cosentino (Palermo). — II para, d'anni 27, pelvi con stenosi assoluta da osteomalacia. Operazione 28 aprile 1890, dopo nove ore dallo scolo del liquido amniotico: amputazione imbutiforme dell'utero

---

(1) V. Ott. « Kaiserschnitt nach der methode von Porro mit günstigem erfolge für Mutter und Frucht. » *Arckiv. f. Gynäk.*, XXXVIII, Hft. 1.

(2) P. Zweifel. « Ein fall von osteomalacie, modificirter Porro, kaiserschnitt Geheilt. » *Centralb. f. Gynäk.*, 1890, N. 2.

(3) A. Martinetti. « Il laccio elastico nel governo intraperitoneale del peduncolo. » *Annali di Ostetricia e Ginecologia*, 1889.

(4) Donat. « Ueber einen Fall von kaiserschnitt nach Porro wegen multiplen myomen des uterus. » (Società ostetrico-ginecologica di Lipsia, 16 settembre 1889).

e resecazione per circa due terzi della parete muscolare del peduncolo; legatura separata di tutti i vasi del moncone, arteriosi e venosi; chiusura con filo di seta del canale cervicale in vicinanza dell'orificio uterino esterno; introflessione dei lembi liberi della sierosa, e sutura simperitoneale a sopragitto con catgut N. 3. I legamenti larghi vennero trattati separatamente. Bambino vivo, madre salva (1).

XVI. Bossi (Genova). — II para, d'anni 36, bacino piatto rachitico con stenosi di terzo grado; operazione 10 aprile 1891; segmentazione del peduncolo con doppio filo di seta, previa cauterizzazione mediante il Paquelin della cavità cervicale sovrastante al laccio provvisorio; sutura in vari piani ed in varie direzioni della superficie cruentata del moncone, che viene infine ricoperto dal peritoneo mediante sutura siero-sierosa. I legamenti larghi furono legati con tre forti allacciature per ogni lato e recisi. Bambino vivo. Madre salva (2).

XVII. Porro (vedi storia in extenso più addietro).

XVIII. Porro (id.)

XIX. Bossi (Genova). — V para, d'anni 35; stenosi pelvica da osteomalacia con quasi completa immobilità delle articolazioni coxo-femorali; operazione 3 luglio 1891, trattamento del peduncolo come nella osservazione XVI. Bambino vivo. Madre salva (3).

XX. Cosentino (Palermo). — Pluripara, osteomalacica, in gravissime condizioni generali: operazione 18 agosto 1891; trattamento del peduncolo come nella osservazione XV, complicato in questo caso da grave emorragia dopo il rallentamento del laccio provvisorio. Bambino vivo. Morte della madre dopo 10 minuti dall' atto operativo (4).

XXI. Mermann. — V para, d' anni 39; rottura spontanea dell' utero con passaggio del feto nella cavità addominale: operazione cinque ore dopo avvenuta la rottura uterina, interessante per estensione quasi tutta

---

(1) Cosentino. « Contributo alla casuistica ed alla tecnica della ovaro-isterectomia cesarea. » *Sicilia Medica*, anno II, fascicolo VIII.

(2) M. Bossi. « Taglio cesareo con estirpazione dell'utero e delle ovaie ed affondamento del peduncolo. » *Rivista di Ostetricia e Ginecologia*, Torino, anno II, N. 14.

(3) M. Bossi. « Un secondo taglio cesareo con amputazione utero-ovarica ed affondamento del peduncolo. » Ivi, N. 21.

(4) Cosentino. *Sicilia Medica*, anno III.

la parete posteriore sinistra del collo: sutura della parete cervicale anteriore mediante dieci punti a catena, ed amputazione dell' utero al disopra; sutura profonda del moncone, e due punti di sutura profonda a tutto spessore sul decorso della lacerazione; ricoprimento del moncone col peritoneo mediante due serie di sutura, muscolo-sierosa e siero-sierosa; senza drenaggio. Madre salva, con decorso consecutivo completamente apiretico (1).

XXII. R. Jahreiss. — I para, d' anni 40; ostruzione pelvica da voluminoso e fisso mioma uterino: operazione 10 febbraio 1891, in buone condizioni, e 24 ore dopo lo scolo spontaneo del liquido ammiotico; sutura a piani del moncone; durata dell'atto operativo due ore e mezza. Bambino vivo. Madre salva (2).

XXIII. C. Russ. — III para, d'anni 39, bacino rachitico-piatto (CV. = 70 mill.): operazione 6 agosto 1888, tre ore dopo lo scolo del liquido ammiotico ed in condizioni favorevoli; amputazione sopra-vaginale dell'utero per atonia; cauterizzazione dell'infundibolo cervicale col Paquelin; sutura a piani del peduncolo con seta profondamente e con cotgut superficialmente. Bambino vivo. Madre salva (3).

XXIV. C. Russ. — I para, d'anni 23, stenosi pelvica di terzo grado da rachitismo (CV. = 45-50 mill.): operazione 27 agosto 1888 ad acque colate da alcune ore, ed in condizioni favorevoli: il travaglio si era iniziato nel pomeriggio del giorno antecedente; operazione Porro per atonia uterina dopo avere eseguita la sutura profonda e superficiale dell' incisione; trattamento del peduncolo come nel caso precedente. Bambino vivo. Madre salva (4).

---

(1) Mermann. « Zur indication und technik der operation nach Porro bei gebärmuter-zerreissung. » *Archiv. f. Gynäk.*, XXXIX, Hft. 3.

(2) R. Jahreiss. « Ein fall von Kaiserschnitt nach Porro wegen multipler myome mit glücklichen Ausgang für Mutter und Kind » *Münchener med. Wochenschrift*, 1891, N. 21, pag. 374.

(3) e (4) Clara Russ. « Beiträge zur Kaiserschnittsfrage (Zwei Porro operationen mit glücklichem Ausgange). » *Archiv. für Gynäk.*, Bd. XXXV, Hft. 3, pag. 443.

SPECCHIETTO RIASSUNTIVO

delle 22 operazioni Porro con affondamento del peduncolo dal 1884 al settembre 1891.

Operatori	Numero dei casi	Esito per la madre		Esito pel bambino	
		Guarigione	Morte	Vivo	Morto
Fritsch	1	1	—	1	—
Streng	1	—	1	1	—
Sacchi	1	—	1	1	—
Hofmeier	1	1	—	1	—
Freund u. Bayer	1	—	1	1	—
Scroeder	1	1	—	1	—
Scwarz	1	1	—	1	—
Frattina	1	1	—	1	—
Franzolini	1	—	1	1	—
Ott	1	1	—	1	—
Zweifel	1	1	—	—	1 (premorto)
Martinetti	1	1	—	1	—
Saenger	1	1	—	1	—
Cosentino	2	1	1	2	—
Bossi	2	2	—	2	—
Porro	2	2	—	2	—
Jahreiss	1	1	—	1	—
Russ	2	2	—	2	—
	22	17	5	21	1

Lasciando quindi in disparte i due casi di rottura uterina, sono 22 le operazioni Porro con affondamento del peduncolo da me raccolte con soli cinque decessi, cioè colla mortalità complessiva e senza epurazione di sorta del 22. 72 0[0, assai ben diversa da quella ottenuta dal Mangiagalli nelle sue 15 osservazioni (73. 33 0[0), ed inferiore anche alla mortalità lorda del 33. 9 0[0 avuta dal Truzzi nei 56 casi di operazione Porro con trattamento extra-peritoneale del moncone, da lui raccolti in Italia dal 1.º ottobre 1884 al 31 dicembre 1889, e di poco superiore alla sua percentuale del 15. 9, risultante dai soli casi operati in condizioni favorevoli od almeno discrete (1). Con ciò adunque l'ostracismo che fino ad ora era stato dato all'affondamento del peduncolo nella operazione Porro deve giustamente cessare, nè migliore risposta si potrebbe dare a chi ancora oggi lo vuole condannato e procritto dalla sana pratica della chirurgia ostetrica (2). Ma da questo non voglio tuttavia dedurre che d'ora innanzi si debba sempre dare la preferenza al trattamento intraperitoneale del moncone in ogni ovaro-isterectomia cesarea, no certo, poichè per varie considerazioni ritengo, che la fissazione all'esterno del cono cervico-uterino debba considerarsi ancora come la regola, e per la sua semplicità, che lo rende più alla portata anche di quei chirurghi non troppo famigliari alle imprese laparotomiche, e che non possono che assai limitatamente disporre di necessario ed istruito personale di assistenza, e per la sua maggiore sicurezza contro i pericoli dell'emorragia e della sepsi, che più facilmente ancora possono accompagnare l'abbandono del moncone nella cavità del peritoneo, quando appunto non sia stato trattato da mano veramente pratica della moderna chirurgia, e perciò edotta delle più fine esigenze dell' antisepsi e della emostasi. E di fronte a tali accidenti non si può di certo dare gran valore agli argomenti messi innanzi dai sistematici sostenitori dell' affondamento del peduncolo, come il rapido e brillante suo decorso consecutivo, senza quindi la noia di un infundibolo, talora per lungo tempo resistente ad ogni trattamento, e preparante più tardi una miglior condizione allo

---

(1) E. Truzzi. « Ulteriore contributo allo studio della operazione Porro. » *Annali di Ostetricia e Ginecologia,* 1890.

(2) Il dott. Berlin, nel suo già citato lavoro, scrive appunto « *le traitement intrapéritonéal du pédicul dans l'hystérectomie puerpérale, est donc généralement condamné.* » Pag. 96.

sventramento, e sovratutto i dolori da stiramento ed il pericolo di facili diffusioni settiche al cellulare endo-pelvico per la vicinanza di una larga superficie di tessuto in preda a processo gangrenoso.

A tali appunti, fatti alla fissazione esterna del moncone uterino nell'operazione Porro, già rispose più che vittoriosamente il Truzzi, nè io voglio qui ripetere le sue confutazioni; da mia parte non posso aggiungere che questo: che non vidi mai avverarsi alcuno dei lamentati accidenti nei molti casi, che vennero operati dacchè mi trovo come assistente nell'Ospizio di S. Caterina; ed anche nella terza storia clinica qui riportata, e nella quale l'atto operativo fu da me eseguito, ebbi la compiacenza di vedere la puerpera andare a sollecita guarigione, senza che il decorso post-operatorio ne fosse in qualche modo disturbato dall'avere fissato il moncone all'angolo inferiore della ferita addominale. Se adunque ed in realtà si sono dessi qualche volta avverati, dovremo proprio incolparne il processo extraperitoneale seguito, o non piuttosto qualche sfavorevole circostanza che abbia, inavvertitamente, accompagnato l'atto operativo medesimo? E d'altra parte sappiamo come anche oggigiorno l'abbandono del peduncolo nella cavità del peritoneo non lo si possa affatto dire scevro d'ogni pericolo, ammesso pure che venga eseguito in adatte cliniche, da persone più che addestrate nelle difficoltà delle intraprese laparotomiche, e con l'assistenza di sufficiente e pratico personale.

Non è mia intenzione di volere qui fare la storia delle varie vicende di una lotta, che tuttora persiste, fra coloro che si dichiarano devoti partigiani del trattamento extraperitoneale del peduncolo in ogni caso, e fra coloro che all'opposto lo vorrebbero in ogni caso affondare. A me pare che, dopo gli splendidi e numerosi successi ottenuti nel campo ginecologico dallo Schroeder, dal Martin, dal Gusserow, dal Leopold, e dopo la introduzione del laccio elastico nella costrizione del peduncolo affondato da parte del Kleeberg e dell'Olshausen, non si possa più al presente schierarsi piuttosto da una parte che dall'altra, ma che si debba volta a volta dare la preferenza all'uno od all'altro metodo, a seconda dell'indole del caso clinico, ed a seconda dell'abilità dell'operatore e delle circostanze in cui si trova. « La verité, » scrive il Pozzi, « ne réside pas dans une proscription absolue de l'une ou l'autre méthode; elle est plutôt dans le choix raisonné selon les cas détermi-

nés. » (1). E questo che dico riguardo alla ovaro-isterectomia per indicazione ginecologica credo possa benissimo applicarsi a quella cesarea, nella quale il volume e la grande vascolarizzazione del cono cervico-uterino, e la sua rapida e notevole riduzione puerperale non devono più trattenerci dal ricorrere all'affondamento, avendo o nella allacciatura elastica un mezzo più che sicuro di ovviare a tali possibili contingenze del peduncolo, come con felice successo venne fatto dal Martinetti, o nel classico processo di Schroeder, coadiuvato o no dalla legatura complementare del Martin, il modo quasi di prevenirle, colla abbondante escisione degli strati mucoso e muscolare, come vediamo essere appunto avvenuto e quasi sempre con ottima riuscita in tutti gli altri casi da me raccolti. Al quale proposito anzi io confesso che, per quanto la esperimentazione (2), la clinica (3) e l' anatomia patologica (3) ci affidino quasi completamente della innocuità dell'abbandono entro il peritoneo del laccio elastico, per quanto la semplicità nella sua applicazione ci seduca, pure io darei la preferenza al metodo Schroeder, per quanto assai più lungo e delicato, pel quale il moncone da affondarsi resta ridotto a deboli proporzioni, e la sua riunione a piani ci rende più tranquilli sull'ulteriore destino del peduncolo e sulla pronta chiusura di ogni comunicazione fra il tramite cervicale persistente e la cavità del peritoneo (4). Non sono pochi infatti i casi registrati nella pratica ginecologica di reazione più o meno intensa orditasi attorno al peduncolo uterino affondato previa strettura elastica, reazione che terminò poi di solito

---

(1) S. Pozzi. « Traité de gynécologie clinique et opératoire. » Parigi, 1890.

(2) Esperienze di Hallwache, Kaspozick, Lowenhardt, Hegar, Martinetti e Fermi.

(3) Fasola. « L' uso del laccio elastico. » *Annali di Ostetricia*, 1889. — Cuzzi. « Il laccio elastico nel trattamento intraperitoneale del peduncolo nelle laparotomie. » Milano, 1890. — Terrillon. « Hystérectomie abdominale. » *Archives de Tocologie et de Gynécologie*, 1891, n. 5. « Leçons de clinique chirurgicale. » Parigi, 1889. — Treub (Leyden). « Traitement du pédicule dans l'hystérectomie abdominale. » 1891. *Nouv. Archiv. d'Obstetr.* 1891. Repert. univ., pag. 58. — Olshausen. *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, Bd. XVI, 1882. — S. Pozzi. « Governo del peduncolo nell'isterotomia e della legatura elastica. » *Annali di Ostetricia e Ginecologia*, 1886, traduz. del dott. Martinetti. — H. Kikkert (Leyden). « Traitement du pédicule dans l'hystéromyomectomie. » *Nouvelles Archives d'Obstétrique*, repertoire universel, 1891, pag. 373. — Richelot. « Ligature élastique perdue dans l'hystérectomie. » *Union med.*, 9 novembre 1890.

(4) Brennecke. « Un mot sur la méthode de Schroeder appliquée à la myomotomie. » *Nouvelles Archives d'Obstétrique*, répertoire universel, 1891, pag. 264.

colla eliminazione del materiale da legatura (1); e se anche l'impiego della seta non può del tutto andare esente da tale appunto (2), pure la frequenza della reazione da essa determinata è molto più rara (3), sebbene molto più numerose le operazioni in cui la medesima venne impiegata nella confezione del moncone uterino.

Da queste poche considerazioni credo adunque di potere dedurre, come nella operazione Porro si possa oggigiorno ricorrere con uguale fiducia tanto al trattamento extra che a quello intra-peritoneale del peduncolo; ma che per ragioni di semplicità, di speditezza, di maggiore garanzia, quando il canale vagino-uterino non sia in uno stato di sicura asepsi, e quando l'atto operativo non venga condotto da persone assai famigliari alla chirurgia dell'addome, si debba però dare la preferenza alla fissazione esterna del moncone (4). Come invece, quando si voglia abbandonarlo nel peritoneo, si debba ricorrere piuttosto al metodo Schroeder, siccome quello che si è addimostrato il più sicuro ed il più innocente, massime riguardo all'ulteriore destino del peduncolo medesimo.

Ottobre 1891.

---

(1) Casi di Ahlfeld, Hegar, Salin, Dudley, Lauro, ecc.

(2) Frascani. *Rivista di Ostetricia e Ginecologia,* Torino, Anno I, N. 17.

(3) Betrix. « Traitement intra-péritonéal du pédicule après l'hystérectomie. » *Annales de Gynéc. et d'Obstétrique,* ottobre 1890.

(4) Anche il Leopold dichiara di preferire ancora nella miomotomia il trattamento extra-peritoneale secondo il processo di Hégar. « Die operative behandlung der uterus-myome durch vaginale enucleation, castration, myomotomie und vaginale totale exstirpation. » *(Archiv. f. Gynäk.,* Bd. XXXVIII, Hft. 1, pag. 1).

Contributo allo studio della rotazione assile
dei tumori addominali

PER IL

Dott. GIOVANNI PICCININI

Direttore della Maternità di Trastevere (Roma).

Lo studio di questo soggetto rappresenta un capitolo di ginecologia da pochi anni aperto e non ancora completo; un capitolo difficile perchè offre più punti controversi da definire; praticamente importante perchè tratta di fenomeni gravissimi che il chirurgo può controllare e dominare; per la discussione attraente, perchè vi hanno scritto brillanti pagine gli uomini che hanno simpaticamente legato il loro nome alla chirurgia addominale. Le cause della rotazione, e alcune succesioni morbose che induce sono i punti principali, su cui porterò il mio esame, dopo aver narrato un caso clinico recentemente occorsomi. L'analisi di questo e di altri casi, che ho ricercato, forma la base del presente lavoro.

Caso clinico. — Rosa C., d'anni 34, maritata da 8 anni: 3 anni prima del matrimonio si avvide di avere un piccolo tumore nella regione sotto-ombelicale. Non è stata mai incinta: fino a 4 anni fa ha avuto mestruazioni regolari ma dolorose; poi irregolari, abbondanti e senza dolore. Il tumore è cresciuto lentamente fino a raggiungere un volume colossale. Durante questo tempo è stata vista da medici e da chirurgi, ed è curioso che tutti le abbiano prescritto delle cure mediche. L'ultimo a vederla fu un conosciuto ginecologo, che iniziò un trattamento elettrico, rifiutato, dopo poche sedute, dalla donna stessa, per le sofferenze che determinava. Sconfortata dalla inefficacia delle varie cure, le tralasciò tutte. Da due anni andava soggetta ad accessi dispnoici che la mettevano in fin di vita, ma che passarono sempre coll'uso dei calmanti o con le inalazioni di ossigeno. Ai primi di marzo 1891 si sospesero le mestruazioni, ed ebbe disturbi riflessi che la misero in sospetto di essere gravida. Intanto il tumore crebbe più rapidamente, ed ai primi

di giugno fu colta all'improvviso da dolori addominali, accompagnati da enorme tensione del tumore, senso di sfinimento e costipazione. In questo stato di cose, io fui chiamato la prima volta, ed ecco il risultato del mio esame: donna emaciata, pallida, gravemente sofferente: ha l'addome così dolente che è appena possibile un esame rapido e superficiale. Si sente un tumore che occupa tutta la cavità e solo a sinistra e in dietro lascia un po' di spazio agli intestini. Temperatura 38, pulsazioni 120.

Le sofferenze diminuiscono un po' nella notte, ed al mattino si può rilevare che il tumore fa corpo coll'utero, che è di consistenza elastica, e che non vi è peritonite. L'esame vaginale fa sentire il collo uterino stirato in alto e molle, coll'orificio esterno beante e arrotondito.

La diagnosi fu di *mioma uterino con torsione del peduncolo. Probabile gravidanza.*

Consigliai l'intervento immediato, e, data anche come certa la gravidanza, dichiarai che la condotta doveva essere la stessa, non potendosi da essa attendere che più gravi complicazioni.

Le condizioni del caso furono discusse con il mio collega, il dottor Bastianelli, e, consentendo la famiglia, fu eseguita la laparotomia.

All'apertura dell'addome si riscontrò un tumore enorme, di colore rosso bluastro, con grossi vasi che lo percorrevano alla superficie, sviluppatosi a spese dell'intero utero: la porzione sopravaginale del collo, che faceva da peduncolo era torta per un giro su sè stessa da sinistra a destra: sulla metà destra del tumore v'era una vasta raccolta emorragica sotto-capsulare: le ovaie, almeno 8 volte più grandi del normale, aderenti al pavimento pelvico, erano rappresentate da due saccoccie di sangue.

Previa qualche legatura per assicurare l'emostasi nel distacco e sollevamento delle ovaie, fu applicato un laccio elastico sul peduncolo, e asportato il tumore insieme alle ovaie e alle trombe. Trattamento del peduncolo alla Hegar.

Esaminando il tumore si trovò che era un mioma edematoso che involgeva la maggior parte del corpo uterino, di cui solo una porzione della parte anteriore era libera. Nella cavità uterina vi era un piccolo feto quadrimestre, e la placenta in parte distaccata e rammollita. Questa cavità trovavasi alla base del tumore, e quasi completamente a destra. Il suo peso era di oltre 30 libbre.

La cloroformizzazione fu eseguita dal dott. Filippone; coadiuvò il dott. Bastianelli; assisterono il dott. Valeri e la sig.ra levatrice Ferappi.

Nelle prime 24 ore vi fu notevole esaurimento; poi sopravvenne paralisi intestinale e meteorismo grave, che fu vinto col massaggio, gli enteroclismi e l'introduzione di una lunga cannula nel retto. Il meteorismo fu veramente inquietante, perchè si ripetè più volte fino al 4.°

giorno, e fu sempre dominato con i mezzi suindicati. Mai febbre, mai respirazione affannata.

Si tolgono i punti al 10.° giorno e si trova completa cicatrizazione della ferita. Ritardando la caduta del peduncolo, molto grosso, fu tagliato al 20.° giorno; chiusura definitiva dell' infundibolo dopo 50 giorni. La donna ha riacquistato un benessere completo.

Facciamo ora alcune considerazioni sul caso e sull'argomento.

Sul caso. — È raro, se non unico il fatto di una gravidanza avvenuta in un utero in quelle condizioni. Il pezzo anatomico si conserva al gabinetto di Anatomia Patologica di Roma, dove si può vedere che dell'utero non restavano che le *vestigia*. L' avvenuto concepimento e la mancanza di sintomi lontani dimostrano che la torsione fu recente, come pure sono una prova, che l'ovulazione per regola non è influenzata dalle malattie che affettano l'utero. Non è raro vedere la gravidanza in uteri affetti da cancro, ed io stesso ne ho visti due casi. La torsione si verificò, anche questo è rimarchevole, ad onta dell'enorme volume del tumore, e con un peduncolo d'occasione. Per dare una probabile spiegazione del fatto, bisogna pensare che le contrazioni iniziate, quando la piccola cavità uterina non potè più distendersi, e non valide a spingere il feto a traverso una via non dilatabile, dovettero esercitare una *vis a tergo*, il cui effetto non poteva essere che la rottura delle pareti o una spinta in dietro del tumore. Non potendosi per la speciale resistenza delle parti verificare il 1.° fatto, si verificò il 2.°, a cui tenne dietro la torsione.

La cura non poteva essere che chirurgica, fin da quando il tumore aveva assunto notevole sviluppo; ed è da deplorarsi che siasi tentata l' elettricità, quando non poteva essere che nociva. Anche gli Apostoli di questo trattamento ne riconoscono per lo meno l' inutilità in simili condizioni; ed io insisto appositamente in questo, perchè vedo che l'elettricità percorre da noi una fase di moda, e che si distribuisce troppo leggermente, come un giorno il fluido della tinozza di Mesmer.

Il trattamento del peduncolo non poteva essere che extraperitoneale per la sua spessezza, per la presenza di grossi vasi, e per essere rappresentato da un tessuto patologico. Anche questa è un' occasione per riconoscere che le discussioni sulla preferenza assoluta da darsi al me-

todo extra, o intra-peritoneale sono inutili. I giornali chirurgici sono da qualche anno pieni di articoli per decidere se sia da preferirsi l'un metodo o l'altro: ma in verità, si possono trarre delle conclusioni generali? si può seriamente stabilire che con un metodo si ha minore mortalità che con l'altro? No, perche nessuno potrà seriamente sostenere che i casi publicati sono tutti. Si può dire che uno presenta meno pericoli dell'altro? Nemmeno, perchè dipende dalle condizioni del caso. Il problema va risoluto in ogni singolo caso, e non in modo generale. L'ostinazione della scuola di Berlino nel trattamento intra-peritoneale non fece che screditare il metodo, e solo la ragione della paternità fece perdonare a Schroeder la smania di generalizzarlo. Il trattamento misto fu un ripiego ingegnoso per non ritornare al metodo extra-peritoneale, che però conserva sempre il suo campo di applicazione. L'affondamento del peduncolo col trattamento retroperitoneale, oggi, grazie all'asepsi e alla tecnica perfezionata, trova più estese indicazioni, ma non illimitate. La chiusura completa della ferita è certamente un suggello contro la sepsi: ma non si muore solo di sepsi. Quello è un ideale, che quando si può facilmente raggiungere semplifica i fatti post-operatori; quando il raggiungerlo è difficile, li complica. Compito del chirurgo è appunto di riconoscere quando è utile l'applicarlo. Il più competente chirurgo, quando l'isterectomia era da pochi con successo eseguita, Thomas Keith (1) nel 1885 scriveva: « Pochi dei più semplici casi possono es-
« sere trattati extra-peritonealmente: qualche volta il trattamento può
« essere del tutto intraperitoneale; talora metà *intra* e metà *extra*. Que-
« sti casi richiedono molta maggior cura nelle successive medicature,
« sebbene la convalescenza è molto più breve che quando il peduncolo
« è lasciato fuori. » (*Brith. Med. Journal*, Ean. 1885). Ad onta di tante discussioni fatte fino ad oggi, le parole di Keith possono tuttora essere citate come testo.

Sull' argomento. — Dal primo caso riscontrato da Hardy all'autopsia (1844) fino a quello in cui Wiltshire eseguì per primo l'operazione corsero 24 anni. Le osservazioni erano state ripetute e l'accidente giudicato non raro; ma in un'epoca, in cui il trattamento dei tumori addo-

(1) Keith fece la sua prima isterectomia nel 1874, e nel 1885 pubblicò 38 casi, con soli 3 morti. Risultato per quell'epoca meraviglioso, specialmente se confrontato con quello della Clinica di Berlino.

minali era ristretto ai casi almeno in apparenza più favorevoli, nessuno azzardava d'intraprendere una laparotomia in soggetti, che offrivano sintomi gravi. L'ovariotomia si andava da poco generalizzando; l'antisepsi non aveva ancora permesso i meravigliosi ardimenti; e si era troppo lontani dai successi che dovevano più tardi far ripetere nel campo chirurgico il *Sublimis feriam sidera vertice.* La necessità della scelta s'imponeva anche ai più esperti, perchè in ogni insuccesso vedevano un ritardo al credito, a cui aveva diritto la chirurgia addominale. La peritonite anche incipiente era una controindicazione ad operare; la supposta cancrena poi di un tumore lo faceva credere addirittura inaccessibile al chirurgo.

Quando Wiltshire nel 1868 operò una cisti ovarica con sintomi di cancrena e peritonite, per torsione del peduncolo, non so se fu più grande l'ammirazione per il suo giustificato coraggio, o la persuasione dell' utilità e necessità dell' intervento in casi simili. D' allora in poi sono stati tanti e così vari i casi di rotazione assile di tumori addominali trattati chirurgicamente, che sarebbe importante riassumerli, perchè non esiste ch' io sappia uno studio retrospettivo sull' argomento. Io mi era accinto a questo molto volontieri, ma dalle mie ricerche non ebbi che la disillusione di trovare le biblioteche di Roma quasi sfornite di pubblicazioni ginecologiche. Il che è grandemente deplorevole.

L' ulteriore osservazione ha dimostrato che tutti i tumori addominali possono subire una rotazione, qualunque sia il loro volume ed il loro peduncolo. Questa si è infatti riscontrata in tumori piccoli come in assai voluminosi, in tumori cistici come in solidi, in tumori a peduncolo esile e lungo, come in quelli a peduncolo largo e breve. Si è persino creduto che le aderenze non formano ostacolo; il che in genere è vero, purchè non si tratti di aderenze che fissano un tumore e lo rendano inerte ai movimenti degli organi vicini, e fino ad un certo punto anche agli urti dall'esterno. Quelli che ritenevano coll'Olshausen che le aderenze impediscono la rotazione, portarono la loro critica su alcuni casi citati come esempi, ma in cui le aderenze apparivano così recenti da potersi giustamente ritenere postume alla torsione. Nonostante, vi sono casi perfettamente controllati, come quelli del Negri, di Edler, di Tait, ecc. in cui le adesioni erano di antica data e pur non avevano ostacolato la torsione. Le aderenze però portano sempre qualche complicazione, poichè

la torsione determinerà ostacoli più rapidi di circolazione e di funzioni nei visceri aderenti al tumore e quindi conseguenze più gravi: una delle più terribili, l'*occlusione intestinale.*

Lo studio dei primi casi fece ritenere che la torsione del peduncolo determinasse una uniformità di sintomi costanti quali l'apparizione subitanea del dolore addominale, dei vomiti, della tensione del ventre, ecc., in una parola i sintomi dello strozzamento; ma ciò era più in rapporto con le vedute teoriche che con i fatti, e non è stato confermato dalle ulteriori osservazioni. Ogni tanto ci capita di leggere qualche storia, in cui lo strozzamento fu rinvenuto senza essere sospettato. Tra quelli che più colpiscono vi è il caso che il dott. Edler di Nottingham comunicò nel 1886, e siccome è il più rimarchevole ch' io conosca, lo trascrivo sommariamente.

« Si trattava di una donna che portava da lungo tempo un tumore « e dalla storia niente risultava che facesse prevedere la speciale con- « dizione, in cui furono trovate le parti: solo una notevole prostrazione « aveva sopraffatto l'inferma pochi giorni prima della sua ammissione « all'Ospedale. All'operazione fu trovato un cistoma del lato dritto con « torsione del peduncolo, con estese aderenze alla parete addominale, al « tenue ed all' omento, e in stato d' incipiente cangrena. L' inferma « guarì. »

Vi sono perfino casi, in cui la torsione finisce per separare dal suo attacco primitivo il tumore, senza dar luogo a sintomi speciali: il che è favorevole, perchè apporterà un arresto nello sviluppo del tumore, se non ha acquistato nuove connessioni cogli organi vicini.

Nella lettura anche delle storie più comuni è sorprendente la differenza dei sintomi. Si deve a questo probabilmente, se i primi casi capitati agli operatori furono spesso equivocati. L'attenzione di Tait fu richiamata la prima volta sull' argomento da un caso sfortunato, in cui egli operò per ernia, e i fenomeni dello strozzamento persisterono, determinando la morte della donna. All' autopsia trovò una cisti ovarica non voluminosa, cancrenata, con torsione del peduncolo. Il primo caso di Thornton fu pure sconosciuto: si trattava di una cisti ovarica con utero gravido al 4.° mese; fu fatta una semplice puntura, e all'autopsia si riscontrò acuta infiammazione della cisti e strangolamento. In un caso di Barnes i sintomi furono scambiati con quelli del parto.

Lo studio più accurato dei soggetti rese in seguito meno difficile la diagnosi. Bland Sutton distinse la torsione in acuta e cronica; il che risponde a un fatto nosologico e facilita l'interpretazione dei sintomi più ovvii. In genere la rotazione avviene lentamente, quindi non si ha acutamente nè la stasi venosa del tumore nè l'arresto della provvista sanguigna; al difetto dei vasi che chiudonsi provvedono gli altri che si dilatano e le non rare anastomosi. Con ciò si comprende come per lo più non si abbia un immediato strozzamento, e come le operazioni siansi quasi sempre eseguite, e con successo, dopo molti giorni dall'apparire dei primi disturbi. I casi registrati come gravi d'*emblée* sono rari. Tra i molti di Spencer Wells non ne rammento che uno di questa specie, che fu comunicato dal Thornton alla Societa Ostetrica di Londra nel 1875; tra gli altri di altri autori io ne conosco assai pochi, e tutti complicati da gravidanza o da aderenze intestinali.

La tumultuarietà o la lentezza dei sintomi, la mitezza o gravezza dei fenomeni che accompagnano la torsione sono in diretta dipendenza delle cause che la determinano. Le cause: ecco il problema, ed un problema così pieno di attrattive, che ha tentato la fantasia scientifica degli autori.

Klob, in seguito ad esperienze, sostenne che l'alternativo vuotarsi e riempirsi della vescica fosse la causa della torsione. Non occorre molto per persuadersi che questa causa può influire poco e su pochi casi.

Barnes, nei casi complicati da gravidanza, dà un gran peso alla pressione che l'utero gravido esercita maggiormente su una parte del tumore. Dato un tumore libero, egli dice, se una parte riceve una pressione maggiore che la parte opposta, quello roterà su sè stesso. Poco appresso dimosterò che l'influenza della gravidanza deve essere grandissima.

Lawson Tait, che ha scritto diffusamente sull'argomento, crede che la torsione sia determinata dalla replezione e dalla evacuazione alternativa del retto, che esercita obliquamente una spinta sul tumore da sinistra a dritta; e per rendere più interessante la spiegazione l'accompagna con una dimostrazione dinamica. Ma la teoria di Tait, se ha il merito dell'originalità, ha il peccato irreparabile del *non adattamento*. La rotazione si riscontra anche in tumori situati a sinistra e a questi non può certo applicarsi. Si può anche riflettere che non è possibile ammettere che la distensione qualsiasi del retto possa influire a far ro-

tare un tumore di enorme volume e con grosso e breve peduncolo, come era nel mio caso. La massima che « nel nostro corpo gli stimoli si accumulano e non si perdono » vale per gli stimoli, siano pur lievissimi, che agiscono senza interruzione: ma non è applicabile al caso, perchè lo stimolo che il retto esercita cessa nello stato di vuotezza. Si può infine aggiungere che alcune volte la rotazione seguì direttamente a cause traumatiche, ed in altre fu evidentemente influenzata dalla gravidanza.

I cambiamenti di posizione che un tumore può subire di fronte a un utero gravido, sia che si svoti il tumore, sia l'utero, sono grandissimi. Spencer Wells punse una cisti ovarica in una gravida a 4 mesi e mezzo; dopo 4 giorni si manifestarono sintomi di strozzamento, e all'operazione si trovò la cisti, che sorgeva a dritta, situata dietro l'utero e a sinistra, in stato di cancrena e col peduncolo attorcigliato. Il dott. Edis invece nel 1889 operò al Chelsea Hospital una cisti ovarica, in cui i sintomi della torsione erano cominciati dopo il parto. Io ammetto che, con uno sforzo di argomentazioni si possa anche qui applicare l'influenza del retto; ma sarebbe superfluo, dal momento che vi è palese l'influenza della gravidanza. Nel 1.° caso, una cisti si svuota rapidamente e l'utero occupa il suo posto e la sposta e mano mano che essa torna a riempirsi, subisce sempre più la pressione dell'utero, e gira nel lato opposto. Nel 2.° caso, un utero si svuota, e la cisti occupa un nuovo posto, ricacciatavi dall'utero stesso, se questo si adatta lateralmente nei periodo delle contrazioni e dell'espulsione. Nei casi poi, in cui coesistono tumore e gravidanza, l'utero eserciterà sul tumore una sensibile pressione: e siccome questa sarà per lo più unilaterale, il tumore tenderà a portarsi sul lato opposto; e la pressione continuando, girare anche su sè stesso

Questa è la successione dei fatti che si svolgono in simili casi, e che bisogna prender di mira per spiegare la rotazione. Il rimanente è di poca importanza. Del resto, la frequenza della rotazione nei tumori complicati da gravidanza, è anche una prova della sua non lieve influenza. (Casi di Spencer Wells, Schroeder, Leopold, Weit, Calderini).

Thornton, dopo avere operato 6 volte durante la gravidanza ed essersi incontrato 5 volte con la torsione del peduncolo, considera la gravidanza come causa predisponente. Olshausen e Cayla, nei loro scritti sull'argomento, indicano due complicazioni come più temibili: la torsione del peduncolo e la rottura della cisti. D'altronde è così frequente il

riscontro della rotazione nei casi complicati da gravidanza, che non può considerarsi il fatto come una mera accidentalità.

Un altro punto da prendersi in considerazione è la direzione dello sviluppo del tumore. Lo sviluppo verso un lato deve favorire lo stiramento e la torsione del peduncolo, e deve rendere più soggetto il tumore all'influenza degli organi vicini. Che per regola l'influenza di questi organi in stato normale, da sola non basti, lo prova il fatto che i tumori esattamente centrali non la risentono. Prendiamo ad es. l'utero gravido, che per avere uno sviluppo centrale graduale ed uniforme, quasi egualmente risente le influenze degli organi limitrofi e degli agenti esterni, e noi potremo in esso riscontrare l'obliquità, mai la vera rotazione. Questo fatto deve, secondo me, essere tenuto in gran conto, perchè l'analogia fra i due casi è grandissima.

Dopo queste considerazioni ci sorprende l'osservare che per spiegare un fatto che si verifica sotto le più dissimili condizioni di sede, di sviluppo e di rapporti, si sia voluta cercare una causa unica, mentre è più ovvio, più semplice e più logico pensare a diverse cause che risaltano a prima vista. Gl'intestini, l'utero, la vescica, gli agenti esterni possono tutti avere un gran gioco nella rotazione assile dei tumori. Gli esclusivisti hanno immolato i fatti sull'altare delle teorie, ma gli stessi fatti *oculis subjecta fidelibus* c'insegnano a riconoscere che le cause della rotazione sono molteplici, e che talora agiscono isolatamente, più spesso complessivamente.

BIBLIOGRAFIA.

HARDY. *Lancet*, 1845. — ROKITANSKY. « Zeitschrift der K. K. Gesellschaft der Aertze in Wien. » 1865. — SPENCER WELLS. « Ovarian and Uterine Tumors. » 1882. — LAWSON TAIT. « Diseases of the Ovaries. « 1883. — ID. *British Medical Journal*, 1891. — KROWSLEY THORNTON. Transaction of the Patological Society of London, 1876. — ID. *International Journal of the Medical Sciences*, 1888. — WEIT. *Archiv. fur Gynaekologie*, 1878. — NEGRI. *Annali di Ostetricia*, 1886. — BARNES. « Traité des maladies des femmes » (traduit par Cordes). 1876. — CALDERINI. « Resoconti del Congresso Medico di Berlino. » 1890. — HART e BARBOUR. « Manual of Gynecology. » 1890.

TRADUZIONI

George Tucker Harrison M. A. M. D. — **Remarks upon parametritis with especial reference to its pathological significance.** Read before the New-Jork Obstetr. Society February 3 d. 1891 (*Osservazioni sopra la parametrite con special riguardo al suo significato patologico*). Memoria letta innanzi alla Società Ostetrica di New-York, il 3 febbraio 1891. — *American Journal of Obstetrics*, april 1891.

Uno studio storico della letteratura di questa affezione fornirebbe una chiara prova della verità dell'asserto che lo spirito umano arriva lentamente alla verità e che il progresso in un senso è spesso seguito da regresso in un altro.

Questo pensiero s'impose alla mia mente mentre stavo meditando sopra la più recente esposizione di questo tema dovuta alla penna del dottor Richard B. Maury (1). Benchè io professi la più alta opinione dell'abilità di questo scrittore e della sua cura coscienziosa di rintracciare il vero, tuttavia io sono forzato dalle mie ricerche accurate a non accettare le sue conclusioni. Io sostengo, osserva il sopracitato autore, che è giunto ormai il tempo di abbandonare il termine di cellulite quando si tratta di infiammazioni pelviche di natura non ostetrica; esso è un falso nome; è noto non esistere tale stato patologico se non in un grado minore e come dipendente dalla peritonite che riveste il grado maggiore, ed in allora la sua esistenza, sebbene non sia priva d'importanza, è impossibile che venga diagnosticata. A principale sostegno delle sue dottrine egli invoca gli scritti di Bernutz, mentre, a suo avviso, le vedute di Lawson Tait, Polk e Wylie concorrono ad avvalorare la sua opinione.

Fra i moderni cultori di questa branca della medicina, nessuno, sia per acutezza di intelligenza sia per profondità di vedute spiccò di più di Sir James Al. Simpson, eppure ascoltate le sue parole che sono tanto attendibili ora quanto lo erano al momento in cui vennero pronunciate. Il fatto è, egli osserva, che mentre la dottrina dell'infiammazione del tessuto cellulare pelvico risvegliata in Inghil-

(1) *American Journal of Obstetrics*, january 1891.

terra da Doherty e Churchill venne spinta troppo oltre dall'entusiasmo di Nonat in Francia, Bernutz commise un errore egualmente grave lasciandosi trascinare troppo ciecamente nella direzione opposta. La verità, come di solito avviene, sta fra i due estremi, e mentre noi di buon grado ci lasciamo indurre a credere che Bernutz abbia verificato la sua diagnosi colla autopsia più di frequente in casi di peritonite pelvica, non dobbiamo immaginarci che pel fatto della rarità di tali verificazioni coll'autopsia i casi di cellulite perimetrica siano non comuni. In quella vece, io credo, che l'essere l'affezione così frequentemente extraperitoneale sia appunto la ragione per cui noi di rado abbiamo l'opportunità di completare la diagnosi nel modo sopradetto. Nessuno può neppure per un momento dubitare che la peritonite pelvica sia una lesione molto più seria e grave e tale da produrre molto più facilmente esito letale, che non l'infiammazione del tessuto cellulare e di esso soltanto. Mentre per sì fatto motivo di raro si presenta l'opportunità di confermare coll'autopsia l'esistenza di una cellulite perimetrica, il caso riportato da M. Simon riesce a provare non solo la possibilità della sua esistenza, ma pur anco la possibilità che essa occorra di frequente (1).

Tutti noi conveniamo che nella grande maggioranza dei casi di parametrite a forma acuta l'origine debba essere ricercata nello stato puerperale, ma di fronte ai fatti tratti alla luce dalla moderna investigazione non puossi negare l'esistenza della parametrite acuta non puerperale. La forma cronica così a pennello descritta da Freund non riconosce solitamente una origine puerperale. A Virchow dobbiamo i dati anatomo-patologici sopra cui poggia l'attuale dottrina della parametrite puerperale. Se fosse vero che non esiste affatto la parametrite non puerperale, egli sarebbe semplicemente incomprensibile come tale un esteso e complicato tessuto come il tessuto connettivo pelvico possa sfuggire al processo infiammatorio dopo ferite e lesioni del collo e della mucosa vaginale quando abbia luogo infezione. *A priori* saremmo indotti ad inferire, ciò che viene provato dall'investigazione clinica ed anatomica, che una tale infiammazione avviene di fatto. Sola la evidenza clinica è dimostrativa. Lo stesso gruppo di sintomi che caratterizza un caso di parametrite puerperale, e la stessa condizione obiettiva riconosciuta colla palpazione bimanuale si trovano in un caso come nell'altro. Può una persona seria dubitare che eminenti ginecologi come West, Simpson, Graily Hewitt, Barnes, Emmet, Thomas, Spiegelberg, Schroeder, Fritsch, Winckel, Martin andassero dotati di così scarso acume diagnostico da scambiare costantemente un essudato perimetrico per un parametrico? Senza dubbio la diagnosi differenziale è, talvolta, abbastanza difficile, ma di regola ciò non avviene. È a Freund che

(1) *Bull. de la Soc. Anat. de Paris*, année XXIII, n. 20, pag. 234.

va ascritto il merito di aver dimostrato con studi belli ed esatti le peculiarità come pure la dignità patologica del tessuto connettivo pelvico. Così egli si esprime (*Gynäkologische Klinik*, Strasburg, 1885). « Una parte importante è devoluta al tessuto connettivo pelvico dal punto di vista funzionale in forza della sua unione con tre organi cavi esposti a cambiamenti estesi di volume e posizione ed in parte soggetti al più attivo metabolismo. In conseguenza di questa unione esso giuoca una parte attiva e pronta nelle molteplici malattie di questi organi ed in alcune di esse, specialmente in quelle dipendenti da infezione, costituisce il più vicino e più importante punto di permanenza dei prodotti morbosi » e più oltre: « Difficilmente può trovarsi una malattia d'importanza degli organi pelvici in cui il tessuto connettivo pelvico non giuochi una parte più o meno grande; in molti casi la sua compartecipazione serve di norma per la prognosi e per l'indicazione terapeutica nelle malattie acute e croniche degli organi pelvici, cosichè esso tessuto non può senza pericolo venir trascurato o tenuto in poco conto. In questo senso noi possiamo dire che il tessuto connettivo pelvico governa la patologia ginecologica. » Gli studi anatomici di Freund con quelli di Ziegenspeck e Schleisinger provano nella maniera più esatta e scientifica l'assoluta esistenza della parametrite non puerperale. Le ricerche di Ziegenspeck sono specialmente dirette a rischiarare il soggetto della *parametrite posteriore* dal punto di vista dell'anatomia patologica. Esse tendono a confermare sotto ogni rapporto la esattezza delle dottrine di Schultze. Secondo queste ricerche questa forma di parametrite non è di solito di origine puerperale. Essa puo riconoscere una causa puramente meccanica come quando l'accumulo ed il passaggio di *feci* voluminose nella costipazione irrita le pieghe di Douglas. Oltre a ciò il sangue mestruo come pure i lochi possono venire infettati e, propagandosi in alto il processo, dare origine a processi patologici nell'utero e nei tessuti adiacenti. Questi effetti nocivi sono maggiori durante la mestruazione che non durante lo stato puerperale.

Del rapporto della parametrite posteriore coll'antiflessione patologica è fuori del mio compito il parlare. Vi hanno due forme di parametrite acuta che devono essere tenute distinte una dall'altra. Desse ripetono la loro origine da due specie differenti di materiale infettivo.

Questi materiali sono i batteri della putrefazione da una parte, i batteri settici specifici dall'altra. Il processo provocato dai primi può essere chiamato parametrite traumatica, quello che deve la sua origine ai secondi parametrite settica. La prima forma deve la sua origine ad un trauma degli organi pelvici, che può farsi risentire sul tessuto connettivo e ad infezione della ferita con materie organiche putrefatte. Tali ferite si producono in grado più o meno grande anche nel corso di un parto fisiologico, mentre in casi di parto difficile e richiedente intervento operatorio il canale genitale è spesso soggetto a lesioni di

carattere più grave. Fuori dello stato della gravidanza le operazioni sopra il collo uterino, la vagina ed il perineo possono offrire condizioni favorevoli per l'insorgere dell'infezione con parametrite consecutiva. Prima del metodo antisettico l'uso delle tente-spugne, era frequentemente seguìto da una parametrite, come di frequente io ebbi opportunità di osservare. Nei casi in cui all'uso delle tente tenne dietro una peritonite settica le pazienti di solito muoiono, ma non così avviene nella parametrite. La seconda forma della parametrite acuta è la parametrite settica. In grazia all'impiego generale delle misure antisettiche nelle operazioni ginecologiche, pochi di questi casi sono portati a cognizione del moderno ginecologo. Quelli che cadono oggi giorno sotto l'osservazione sono generalmente di origine puerperale.

Spesso si asserisce che la parametrite quasi invariabilmente tende alla suppurazione e che un ascesso è la sua terminazione solita. Per mostrare quanto sia lontana dalla verità tale asserzione mi sia lecito citare una delle più alte autorità in anatomia patologica, E. Ziegler. Dopo aver parlato di una forma di parametrite che presenta i caratteri di una infiammazione flemmonosa e provoca la formazione di ascessi egli osserva, che « più di frequente ha luogo l'assorbimento degli essudati, specialmente nelle forme puerperali e traumatiche e poscia il tessuto è più o meno indurito quando il processo durò lungamente. » Si deve tener conto che il citato autorevole autore distingue le forme puerperali e traumatiche della parametrite. Egli è di speciale importanza lo studiare l'essudato che resta dopo un attacco di parametrite, come pure gli ascessi che provengono dalla stessa causa. L'essudato può essere situato in qualunque parte della pelvi dove si trova tessuto connettivo, ma certe parti sono in modo speciale soggette ad essere colpite.

Sotto questo punto di vista hanno una precedenza sopra tutte le regioni della pelvi i legamenti larghi, e questo fatto anche a priori si potrebbe ammettere. L'essudato può qui assumere parecchie forme. Il legamento largo può essere occupato da una tumescenza infiammatoria che si estende dalla regione laterale uterina fino alla pelvi. Oppure l'essudato può essere limitato alla base del legamento largo e lasciarne libera la parte superiore; esso può circondare strettamente il margine uterino, o limitarsi alla parte adiacente al lato pelvico, ed anche estendersi in sopra verso la fossa iliaca. Spiegelberg richiamò l'attenzione sopra l'importanza patologica del tessuto della larghezza di due centimetri che circonda la sezione inferiore dell'utero ed il fornice della vagina, il quale è ricco in modo speciale di vasi sanguigni e linfatici, cui propose di chiamare tessuto parametranico: e parametranica infiammazione l'infiammazione di questo tessuto. Casi di tal forma di parametrite io osservai dopo tentativi di dilatazione forzata del canale cervicale.

L'infiammazione della cervice, come da tutti venne osservato, prontamente si propaga alle pieghe di Douglas, come Schultze ed Emmet da lungo tempo ci insegnarono. Fristch osserva giustamente: « Con tutta probabilità lo stroma delle pieghe di Douglas è tessuto uterino. Se la membrana mucosa è colpita da infiammazione, il sottoposto parenchima uterino prolifera e l'infiammazione si estende alle pieghe di Douglas. » Il tessuto connettivo situato sotto la vescica ed il collo viene colpito con comparativa frequenza. La così detta parametrite anteriore è ben meritevole della nostra considerazione. Di recente ebbi opportunità di studiare un caso di questo genere. Di qui l'essudato si estende al tessuto connettivo sulla parete addominale anteriore, col margine superiore più o meno acuto ed in basso si perde nella escavazione pelvica. L'esito della parametrite in suppurazione è un soggetto di importanza capitale, giacchè questi ascessi possono aprirsi all'esterno in punti molto differenti. Ebbi opportunità di osservare un caso interessantissimo di parametrite suppurata circa un anno fa. In questo caso eseguii la laparotomia rimuovendo il corpo uterino, sede di parecchi miomi, e gli annessi. Il dott. A. P. Dudley mi coadiuvò efficacemente. Il moncone venne allacciato, coperto col peritoneo e suturato: i margini del legamento largo vennero affrontati mediante suture al catgut, secondo il metodo usato da Goffe e Dudley. Nella seconda settimana dopo l'operazione si sviluppò un ascesso parametritico nel legamento largo sinistro e si estese in alto lungo la parete addominale anteriore, si aprì poi nell'angolo inferiore della ferita. Le trombe e gli ovari essendo in questo caso fuori di questione e l'ascesso extraperitoneale, ci si offrì una buona opportunità per lo studio della parametrite traumatica. La paziente, non occorre dirlo, guarì benissimo.

A motivo della sua grande importanza deve essere ricordata quella forma di infiammazione del tessuto connettivo la cui conoscenza devesi agli studi clinici ed anatomici di Freund il quale la definisce: *parametrite cronica atrofizzante.*

Importanti fattori etiologici sono l'eccessiva irritazione dei genitali ed influenze debilitanti, come pure influenze che impoveriscono il sangue. Il processo s'inizia alla base dei legamenti larghi e si estende nel tessuto connettivo circostante: in addietro implica i legamenti utero-sacrali, ed innanzi si estende ai lati della vescica. Gradatamente penetra più profondamente nei legamenti larghi, invade il tessuto connettivo che circonda la vagina ed in fine colpisce tutto quanto il tessuto connettivo pelvico. Patologicamente il processo consiste in una atrofia cicatriziale, in una cirrosi del tessuto connettivo: al principio della malattia vennero osservati processi periflebitici. In ultimo il tessuto connettivo diventa duro e retratto, i legamenti larghi si accorciano e si induriscono, i legamenti rotondi si assottigliano e finalmente l'utero e l'ovaia, insieme alla vagina ed alla vulva subiscono un' atrofia paragonabile all'involuzione senile. I sintomi somigliano quelli dell'isterismo.

DISCUSSIONE.

Il dott. Chambers dice che in questi ultimi anni si rivolse talmente l'attenzione alle affezioni ovariche e tubariche che la cellulite venne pressochè dimenticata. Egli, pur tuttavia, non è uno di quelli che aveva creduto tanto nella cellulite come molti altri ginecologi. Egli pensa che vi furono molti casi di così detti disturbi ovarici e tubarici, in cui vennero rimossi gli ovari e le trombe, e che invece erano soltanto casi di cellulite. Egli vide casi che da altri vennero diagnosticati come disturbi ovarici e tubarici, e che vennero da lui con buon esito trattati come cellulite. In quanto a sè egli sarebbe contento che la corrente delle opinioni cambiasse nuovamente direzione, cosicchè casi di cellulite non fossero più chiamati disturbi delle tube.

Dottor S. R. Goffe pensa non debba lasciarsi passare questa memoria senza un esame profondo: quando Harrison cita un autore che dice che l'infiammazione del tessuto cellulare pelvico domina la patologia dei disordini pelvici, egli desidera discutere con lui.

Avvi un consenso rapidamente estendentesi che l'influenza predominante dei disordini periuterini risiede nel peritoneo, con associazione naturalmente di malattia degli annessi uterini. Il prof. Harrison ha citato liberamente autorità straniere, eppure nulla ha esposto di nuovo che fosse dovuto alla sua esperienza per provare che esiste una tale affezione come la cellulite. Noi tutti siamo pronti ad ammettere che la cellulite può occorrere in connessione con la peritonite pelvica, ma egli non ha visto un solo caso non puerperale nel quale la infiammazione celllulare fosse di alcuna importanza pratica. Quando lasciò l'Ospedale delle donne di New-York egli credeva fortemente nella cellulite pelvica: ma dopo essere stato indotto a ricredersi, egli pensò aver fatto un progresso marcato nella conoscenza dell'infiammazione pelvica. Si può acquistare la più chiara e profonda cognizione dei disturbi infiammatori della pelvi femminea paragonando i cambiamenti patologici che hanno luogo nella membrana sierosa che tappezza la cavità pleurica. Può aversi una infiammazione sierosa della pleura, con una semplice essudazione di siero, e susseguente assorbimento dell'essudato sieroso, la paziente guarendo senza conseguenze serie. Una consimile serie di cambiamenti può aver luogo nella membrana sierosa pelvica. Se l'infiammazione pelvica fa un passo oltre, noi abbiamo non solo sierosa ma plastica essudazione, e se questo processo si arresta sufficientemente presto, questo essudato può essere disciolto dall'effusione sierosa ed essere assorbito. Tuttavia se il processo infiam-

matorio continua, l'essudato può diventare organizzato e dar origine a forti adesioni pelviche. Egli è ben noto che tali adesioni risultano da consimili processi nella pleura. In un paziente astenico l'infiammazione della pleura può convertire quella membrana in una superficie secernente pus e la suppurazione può mantenersi per settimane o mesi.

Egli crede che allo stesso modo il peritoneo pelvico può essere convertito in una superficie secretante pus, risultandone la formazione di un ascesso pelvico. Egli non crede che gli ascessi pelvici nei casi non puerperali risiedano nel tessuto cellulare, ma che essi risiedono nell'interno della cavità peritoneale, il pus essendo racchiuso da adesioni al disopra formatesi fra anse intestinali, o da adesioni del margine superiore del legamento largo cogli intestini.

Il dott. Harrison osserva che un caso riferito nella sua memoria è una bella illustrazione dell'infiammazione con esito di suppurazione nel tessuto pelvico, ed in cui la suppurazione non poteva essere riferita alle trombe ed alle ovaie giacchè queste erano assenti.

Il dott. Goffe, continuando, dice che egli non crede che le trombe e le ovaie siano sempre la causa dell'infiammazione. Nel caso riferito dal dott. Harrison questi avea praticato l'isterectomia sopravaginale per tumore fibroso e trattato il peduncolo secondo il metodo da lui descritto e sostenuto in una memoria pubblicata or fa un anno. Occorse la suppurazione, desso tuttavia non pensò a dilatare la cervice e creare una via di uscita al pus. Questo tuttavia trovò fortunatamente una via di uscita tra gli strati del legamento largo, e passo passo si aperse una via finchè comparve nella ferita addominale. Almeno così giova supporre siano avvenute le cose, mancando una conoscenza esatta che solo poteva ottenersi coll'autopsia.

Quando noi eseguiamo la laparotomia in casi diagnosticati come infiammazione cellulare, noi abbiamo trovato che quando vennero rotte le adesioni e rimosse le trombe e le ovaia ammalate, lo stato d'inspessimento della supposta cellulite percepito colla palpazione bimanuale era scomparso. Così egli trovò ripetute volte, e ciò lo convinse che la infiammazione cellulare non ha l'importanza altra volta attribuitale.

I patologi erano prima sviati in riguardo agli ascessi pelvici dal fatto che all'autopsia, quando essi trovavano il margine superiore del legamento largo volto in addietro e fissato da pseudo-membrane, lo scambiavano per la parete posteriore del legamento largo, e per questo conchiudevano che il pus stava fra gli strati del legamento largo nel tessuto cellulare.

Il dott. Malcolm Mac Lean era un fermo credente nella cellulite pelvica come fattore nelle malattie pelviche, come pure nell'esistenza di malattie del peritoneo e degli annessi uterini, ed eseguì operazioni per questi disturbi. Egli

come il precedente oratore vide casi di così detta cellulite in cui le adesioni vennero tolte rimuovendo gli annessi; ma vide pure il contrario di ciò ed il caso era degno di essere ricordato.

Egli venne recentemente invitato ad assistere ad una laparotomia in un caso in cui il riscontro evidentemente indicava un inspessimento intorno all'utero, tal quale ci venne insegnato indicare cellulite pelvica. Egli venne richiesto dall'operatore di essere presente appunto a scopo di vedere che veramente non eranvi tali inspessimenti. Il chirurgo rimosse gli annessi che non erano aderenti ed apparivano non malati. Le trombe non erano infiltrate di pus, nè di siero nè di sangue, esse erano di calibro normale, le ovaie apparivano normali; ma le adesioni e gli inspessimenti nella pelvi persistevano ancora. Egli era incapace di spiegare con qualunque teoria appoggiata sulle trombe e sulle ovaia la rapida cessazione della tensione e dell'edema dei tessuti pelvici molli, non lasciando addietro alcun segno di alcuna malattia del peritoneo.

Il dott. C. T. Adams pensa che dove esiste tessuto cellulare può aver luogo la cellulite, e che il piosalpinge era spesso associato con inspessimento del tessuto cellulare pelvico. Il punto per cui avvenne l'infezione è la chiave dell'intiero processo. Se il pus procede attraverso le trombe noi avremo piosalpingite, e forse peritonite od ascessi ovarici nello stesso tempo; se attraverso la membrana mucosa ed i linfatici, il legamento largo sarà infetto e noi avremo una cellulite e forse un ascesso ovarico complicante questo stato di cose.

Il dott. Buckmaster dice che tre casi caddero sotto la sua osservazione in cui senza trattamento preliminare o osservazione sistematica vennero rimosse le ovaia e le trombe. Questi costituiscono esempi non solo dell'indifferenza con cui oggidì si rimuovono le trombe e le ovaia, ma dell'insorgere della cellulite dopo siffatta operazione. Dessi dimostrano pure che il carico della prova spetta a coloro che proclamano l'origine tubarica di questa affezione. In tutti e tre i casi esisteva processo infiammatorio attorno ai legamenti larghi ed in due di questi che furono veduti all'Ospedale nel servizio del dott. Emmet le pazienti erano di molto peggiorate dopo l'operazione, eppure desse vennero praticamente curate col trattamento usualmente utile in questi casi senza ricorrere all'operazione.

Come risultato di ricerche personali, indipendenti da qualunque autorità, egli era preparato ad accettare come assolutamente veri i fatti esposti da Harrison, ed a credere implicitamente agli insegnamenti di Emmet. Egli era sicuro che Schultze derivò da Emmet molte delle sue idee, e di fatto egli in parte riconobbe il suo debito verso cotesto autore.

Il paragone di Goffe a stento potrebbe reggere, giacchè le condizioni nella cavità pleurica e nella pelvi sono così dissimili che nel derivarne una analogia noi siamo soggetti ad essere fuorviati. La condizione pelvica in discussione è così

perfettamente manifesta all'ordinaria osservazione clinica che egli non poteva capire che potesse esservi altro che una sola opinione. I tre casi che egli accennò appartengono ad una serie di casi cui egli spera in avvenire di presentare raccolti in tavole.

Il dott. Edelbohls dice che la discussione ha portato innanzi due punti, cioè, il primo che riguarda l'esistenza della parametrite, ed il secondo il significato patologico di questa affezione. In quanto all'esistenza della parametrite egli non conosce alcun autore di vaglia che l'abbia messa in contestazione e le opinioni differiscono soltanto riguardo alla sua frequenza relativa. Chiunque abbia visto le sezioni preparate da Freund presentate al Congresso Internazionale di Berlino non può a meno di restar convinto che la parametrite era visibile e di certo ogni autore autorevole ha descritto l'affezione. Essa esiste specialmente in connessione collo stato puerperale.

In un caso con sepsi puerperale, nel quale diagnosticò pus nella pelvi, ed in cui consecutivamente si sviluppò la fluttuazione alla regione esterna di una natica sopra il foro sacro-ischiatico, egli incise attraverso la natica a tutto spessore fino al foro sacro-ischiatico e passò il suo dito attraverso la parte inferiore di questo foro nel tessuto parametrico facendo una contro-apertura attraverso la vagina. Un tubo a drenaggio venne quindi fatto passare attraverso dal lato esterno della natica e tratto fuori della vagina. Venuta a morte la paziente egli trovò all'autopsia una peritonite settica acuta generale, ed anche una parametrite purulenta acuta. Tale caso dimostra fuori di ogni dubbio la possibilità dell'occorrenza della parametrite.

Egli è tra coloro che credono che dessa sia comparativamente rara e che quando non è di origine puerperale, occorra come complicazione transitoria di una malattia delle trombe, ovaia e perimetrio. I casi che vennero per parecchi mesi trattati come parametrite con doccie calde, riposo ecc., erano dovuti a disordine più serio di una parametrite.

Quando gli si presenta innanzi un caso di essudazione pelvica egli, per mettersi al sicuro, considera sempre il caso come consistente di due possibili affezioni: una combinazione di disordine intraperitoneale riguardante le trombe e le ovaia, e di infiammazione parametrica. Quest'ultima viene invariabilmente rimossa col riposo a letto per una settimana, ed egli allora può distintamente tracciare le trombe e le ovaia ingrossate, ed in pressochè tutti questi casi egli ebbe opportunità di convincersi di questa condizione di cose. Come esempio del modo in cui queste pelviche affezioni sono combinate, egli cita un caso da lui visto recentemente, in cui esisteva una parametrite tipica con copioso essudato. Dopo alcuni pochi giorni di riposo a letto egli era nel caso di distinguere una tromba larga, a forma di salsiccia del diametro di due centim. e mezzo circa, e la potè seguire

dall'utero alla parete pelvica. Coll'ago esploratore estrasse siero da questa tromba e formulò la diagnosi di idro-salpinge con parametrite. Due giorni dopo trovando l'ovaio dell'altro lato di grandezza doppia del normale eseguì una puntura ed estrasse marcia. Qui adunque si aveva ascesso ovarico in un lato ed idro-salpinge nell'altro. Gli propose l'operazione ed egli si aspetta poter riferire che ogni essudato nella pelvi venne rimosso.

Riguardo al caso di Harrison in cui, dopo rimosse le trombe e le ovaia ed il corpo uterino, seguì infiammazione suppurativa nella pelvi e che Harrison chiama parametrite suppurativa, osserva che è ben difficile essere certi si trattasse di quest'ultima mancando il controllo dell'autopsia. Un ascesso incapsulato nel peritoneo pelvico e la parametrite suppurativa possono dare pressochè gli stessi segni fisici. Egli bramerebbe conoscere i segni differenziali.

Il dott. Harrison risponde che il fatto che la sua paziente non presentò mai traccia di febbre mostra che l'affezione era esterna al peritoneo.

Il dott. W. E. Bullard pensa che una plausibile spiegazione della rarità della cellulite al giorno d'oggi poteva trovarsi nel nostro più accurato metodo antisettico di trattamento del canale genitale dopo il parto, e nell'eseguire l'operazione sopra il collo e l'utero. Quattordici anni fa era cosa comune il vedere queste masse nel legamento largo sinistro che riempivano tutta la pelvi. Noi la chiamavamo cellulite, e ciò probabilmente era corretto, ma la materia settica era penetrata per qualche traumatismo del collo. Ora egli è molto raro il vedere una infiammazione bene sviluppata, inspessimento e durezza nel legamento largo: quando si usavano le tante spugne, l'infiammazione era molto comune. Egli non vede il perchè non si possa avere una forma d'infiammazione dovuta al passaggio di materiale settico attraverso il collo e l'utero fino al peritoneo, come pure per via diretta dal collo al tessuto cellulare.

Il dott. I. M. Fruitnight dice che noi fuori d'ogni dubbio vedemmo casi di cellulite pelvica per sè limitati al tessuto cellulare, ed egli non vede ragione perchè il tessuto cellulare pelvico debba mostrarsi meno suscettibile alle alterazioni infiammatorie del tessuto cellulare in qualunque altra parte del corpo. Noi vedemmo cellulite suppurativa diffusa al collo; che differenza havvi mai fra il tessuto cellulare del collo e quello della cavità pelvica, astrazione fatta della situazione diversa? Si hanno realmente casi di cellulite pelvica indipendenti dallo stato puerperale, ma questi non si presentano frequentemente.

Il dott. E. H. Grandin dice che mentre nei primi anni della sua pratica si riguardava tutto come cellulite, la tendenza del giorno d'oggi si era di non vedere che malattia tubarica ed ovarica. Come ostetrico egli vide di frequente la cellulite, come ginecologo ben raramente l'incontrò. È una affezione acuta che si sviluppa nello stato puerperale. I dottori Fruitnight e Bullard hanno afferrato il

nodo dell' intiera discussione quando essi attribuiscono la sua presente infrequenza al nostro trattamento perfezionato dello stato puerperale e per la stessa ragione potrebbe dirsi che vi sarebbero meno casi di salpingite se l' ostetrico avesse miglior cura dei suoi casi. Egli non può concepire una affezione infiammatoria dovuta a malattia tubaria scomparente nel corso di alcune settimane, dietro nessuna altra cura che il riposo a letto e l'uso di doccie calde. Se si avesse concomitanza di malattia tubaria, allora una volta scomparsa la cellulite egli si aspetterebbe di trovare inspessimento del peritoneo pelvico e nell' interno di questo la tromba e l'ovario malato.

Il dott. R. A. Murray dice che la memoria letta riguardava la questione dell'esistenza della cellulite ed ha quindi mostrato le idee dell' autore al riguardo di questa affezione e delle più comuni malattie della pelvi. La discussione fuorviò nella considerazione della cellulite puerperale, la quale era esclusa dalla memoria. Tutti hanno visto casi di vergini che come effetto di essersi esposte al freddo durante la mestruazione vennero colte da sintomi di infiammazione pelvica. Erano questi casi di peritonite pelvica pura, od erano non infrequentemente casi di cellulite? Egli pensa che di quest'ultima si trattasse in molti di essi per le ragioni seguenti: 1.° I casi erano accompagnati da sintomi molto acuti e tutti gli organi nella pelvi erano sensibili ed il dolore sopra la parete addominale non era così grande come quando si fa pressione sulla vescica, sul retto o quando si muove l'utero. 2.° Questa condizione di cose può essere migliorata col riposo a letto ed il trattamento ordinario dell' infiammazione acuta. 3.° Non restano aderenze dopo il trattamento, purchè questo sia stato cominciato prima che il peritoneo sia stato implicato nel processo. In questi casi non si tratta nè di sepsis nè di stato puerperale.

Riguardo al significato della cellulite nella maggior parte dei casi presentantisi a noi con disturbi pelvici, egli direbbe che in pressochè tutti i casi di peritonite pelvica esiste cellulite pelvica e che essa non sempre si fa purulenta: ma quando questo avviene la raccolta di pus si fa spesso nel tessuto cellulare. Può aversi però soltanto una infiammazione sierosa ed in tali casi l' autopsia non mostra evidenza di questo stato di cose, giacchè il tessuto per la sua contrattilità e rigidità scaccia il siero. Lo stesso fatto si osserva nei casi di morte per edema della glottide. Se l'essudazione è adesiva o siero-fibrinosa possono esservi aderenze, e queste non sempre si trovano nella cavità peritoneale. Il dott. Murray era d'avviso che la maggior parte dei casi di ascessi nella cavità pelvica erano dovuti a malattie delle trombe e delle ovaia.

Il dott. Harrison chiudendo la discussione dice che egli ha soltanto considerato il significato patologico della parametrite ed egli era per questo che egli dovette citare così copiosamente gli autori tedeschi che sono riconosciuti maestri

in questa particolarità. Egli fu costretto per lo stesso motivo di riferirsi a Schultze giacchè questo autore ha fatto uno tale studio della parametrite posteriore. Il dott. Goffe ha espresso le sue vedute personali sulla patologia, vedute che sono in disaccordo con quelle di autori riconosciuti i quali hanno fornito prove abbondanti dell'esistenza della parametrite nello stato puerperale. La diagnosi differenziale fra l'essudato intraperitoneale ed extra peritoneale è certamente molto difficile, ma egli è un rinnegare tutta l'evidenza clinica dell' anatomia patologica il pretendere non esservi altri organi nella pelvi che le trombe, le ovaia e qualche volta l' utero.

GUASTAVINO.

RASSEGNA

E. BONNAIRE. — **Di qualche anomalia cranica dei neonati con considerazioni cliniche.** — Dal *Progrès Médical*, N. 24-25, 1891.

L'A. tratta in due capitoli separati delle anomalie d'ossificazione della volta osteomembranosa del cranio, e di quelle del cuoio capelluto.

Quanto a le ossa ne descrive prima lo stato e rapporti fisiologici nonchè il modo d'ossificazione per venire poi a parlare delle alterazioni. È normale che un nato prematuramente abbia incompleta l'ossificazione del cranio, come l'abbia maggiore del normale il nato con ritardo di qualche giorno, ma sonvi casi, di cui l'eziologia è ignota e che vanno forse aggruppati alle mal formazioni teratologiche, nei quali, bambini a termine vigorosi hanno un cranio molle depressibile e bambini di otto mesi di vita intrauterina l'hanno spesso e molto ossificato. Parla poi l'A. della fontanella di Gasser a l'unione dell'occipitale, del temporale e del parietale che sormonta la base della rocca dietro il padiglione dell'orecchio, irregolarmente quadrilatera.

Sui parietali (e se da un solo lato, preferibilmente sul sinistro) possono trovarsi le fontanelle di Gerdy, quando parecchi raggi d'ossificazione al davanti della piccola fontanella, lungo la sutura sagittale, fanno difetto. Altre anomalie di genesi più complessa si possono trovare (e anche qui preferibilmente sul parietale di sinistra) e cioè le ossa craniche sono seminate di perdite di sostanza di forma e

localizzazione diverse. Sono anfrattuosità comunicanti con le suture e le fontanelle o anche veri fori in pieno tessuto osseo.

Qui l'A. cita un caso di simili anomalie, in cui se non avesse egli stesso constatato come le perdite di sostanza comunicavano con le fontanelle e suture craniche, la riparazione avvenne così rapidamente che dopo 4 giorni erano già a lo stato di fori isolati. Sono questi fori che Parrot (osservando non nei primissimi stadii) chiamò perforazioni craniche spontanee dei neonati, che egli divide in congenite e acquisite. Pone le prime in relazione colla posizione della testa attribuendo importanza al peso della massa cerebrale gravitante su l'osso in formazione, le seconde con la sifilide. L'A. è poco propenso ad ammettere la prima ipotesi patogenica, giacchè a quell'età il cervello molle, inguainato nelle meningi, notante nel liquido cefalo-rachidiano non sembra essere fattore sufficiente.

Le modificazioni di struttura del cranio dei neonati hanno importanza speciale nel sopraparto per la diagnosi ostetrica, mentre in un periodo antecedente della gravidanza hanno pure gran valore l'ascoltazione e la palpazione. Così un eccesso di ossificazione prematura rende più difficile il rilevare la sutura sagittale, e la presenza di ossa Wormiane, di « ossa d'Incas » specie a la piccola fontanella ne modifica la forma, in modo da renderne il rilievo diagnostico malagevole. Nel senso opposto, ma con lo stesso risultato per l'ostetrico e la levatrice, hanno importanza i difetti d'ossificazione, sia che vadano legati a la volgare idroencefalia fetale, o a l'idrocefalia ventricolare o a quella anencefalica. Si dovrà allora introdurre due o quattro dita in vagina, e secondo il consiglio di Tarnier, andare a la ricerca dell'orecchio.

Si capisce come l'iperossificazione possa essere causa di distocia sia per l'irreducibilità del capo, sia per il suo aumento. La deficienza d'ossificazione è invece un fattore favorevole, benchè sembri pure che con parti materne resistenti, il cuneo fatto dal capo fetale sia troppo debole e si appiattisca negli sforzi di espulsione, invece di procedere, onde necessario il forcipe. Quanto a la prognosi fetale è certo che una testa più resistente sopporta meglio la pressione degli strumenti, quantunque alcuni vogliano, che, con la compressione dell'encefalo, che avviene durante il parto, il feto venga a godere di una specie d'insensibilità dolorifica.

Ma d'altra parte, secondo Parrot e Guéniot, una compressione eccessiva in un cranio troppo depressibile, è origine di emorragie intracraniche, e secondo Duncan causa di epilessia, di idiotismo, di pazzia. E benchè Truzzi ammetta con Schultze, la possibilità di morte per asfissia lenta del feto da compressione cerebrale, pure nella maggior parte dei casi si deve ammettere che la deficienza di consistenza della calotta cranica, non ha conseguenze dannose per il feto.

Ma l'eccesso d'ossificazione più ancora che influenza dannosa sul parto, l'ha

per il feto in rapporto al suo consecutivo sviluppo, specialmente psichico, tanto che fu consigliata, e forse a ragione in tali casi, la craniectomia.

Passando poi alle anomalie di formazione del cuoio capelluto nei neonati, l'A. cita parecchi casi dove esistevano una o più soluzioni di continuo, vere pseudo, ulcerazioni, senza traccia di sintomi infiammatorii, il cui fondo, non cruentato, è fatto di una membrana lucente, più chiara del resto del cuoio capelluto, e sprovvista di peli e completamente liscia al tatto.

Oltre i proprii casi e uno del dott. Bar, l'A. ne cita uno di Budin, dove la soluzione di continuo aveva i caratteri di una cicatrice. Contuttociò visto che in due dei casi citati si trattava di presentazione di natiche, e in uno di tronco, l'A. inclina poco ad ammettere che la patogenia della forma morbosa si debba ricercare nel contatto prolungato del capo fetale contro asperità dello scheletro materno; ma piuttosto ammette la spiegazione di Lannelongue, il quale dice: « L'influenza esercitata da l'amnios sulla conformazione dell'embrione è assai grande, allorchè questa membrana non segua un corso regolare nel suo sviluppo. Le pieghe anormali che dessa può presentare, specie le aderenze che eventualmente contrae con la superficie embrionale sembrano essere una delle cause più probabili di tali malformazioni. Pure non si hanno frequenti occasioni di ritrovare tali aderenze, quale testimonio certo del meccanismo che ha presieduto a l'anomalia. » L'A. ammette quindi che al momento in cui l'amnios si riflette a livello del capuccio cefalico, al 3.° mese di vita entrouterina si stabilisca un'aderenza tra i foglietti fetale e ovulare di tale membrana: questa aderenza si allunga in forma di una o più briglie e quando queste si trovano lacerate o riassorbite per i progressi di espansione dell'uovo, il loro punto d'inserzione fetale costituisce una zona cutanea, in ritardo di sviluppo per rispetto al resto del cuoio capelluto.

Si distinguono facilmente da flittene prodottesi su bosse sanguigne in travagli prolungati perchè queste non interessano che lo strato corneo, e da lesioni d'unghie o di candelette nel rompere le membrane, perchè queste non danno lesioni così circolari ed estese, e poi manca il fondo cruentato. Talvolta in parti distocici per viziature pelviche avviene che il cuoio capelluto sia sede di isole di sfacelo, prodotto da la pressione troppo forte e prolungata della testa su lo stretto superiore e allora si trovano a la nascita delle placche di pelle nerastra e corneificata in seno a tegumenti resi turgidi da voluminosa sacca siero-sanguigna. Ma queste stigmati si eliminano ben presto come i tessuti gangrenati e le note del lavoro di eliminazione e riparazione, parlano molto chiaro contro la possibilità di confondere queste forme, con un'alterazione congenita e spontanea.

Dott. Maroni.

Johannes Meyer. — **Zur Behandlung der Geburt in Schädellage bei nach hinten gerichtetem Hinterhaupte** *(Intorno alla cura del parto in presentazione di vertice con rotazione posteriore dell' occipite).* — *Arch. für Gynaek.*, Bd. XXX, Heft. I, Berlin, 1891.

Premessa qualche notizia intorno allo sfavorevole andamento, e per la madre e pel feto, del parto in presentazione di vertice con rotazione posteriore dell' occipite, l'A. accenna brevemente ai metodi che Lange (1844), Scanzoni (1867), Schroeder, Fehling, proposero per rimediarvi, poi, basandosi su tre storie cliniche, espone il suo metodo che si può così brevemente riassumere: A travaglio avanzato, ad orificio uterino comodamente permeabile a due dita, si intervenga tostochè il capo colla sua circonferenza massima abbia superato l' ingresso pelvico; la narcosi, anche lieve, favorisce notevolmente le manovre. Si risparmii, per quanto possibile, il sacco amniotico. A piccola fontanella volta a destra, si introduca in vagina la mano od almeno due dita della mano sinistra, negli altri casi si usi la destra e portando le dita nello spazio del piccolo bacino che corrisponde alla sinfisi sacro-iliaca, il più possibilmente in alto sull'occipite, si eserciti una lenta e regolare pressione in avanti ed in basso. La mano esterna spinge indietro il mento situato e sensibile dietro la sinfisi evitando di premerlo in basso. Un aiuto o la levatrice preme sul podice in direzione dell'asse uterino o spinge le gambe all' indietro cercando di secondare il movimento di rotazione. Solo dopo infruttuosi e ripetuti tentativi si potrà desistere e considerare la cosa come non riuscita, ma, effettuata appena la rotazione, si applichi il forcipe nella presentazione artificialmente ottenuta e si attenda, premendo fortemente, che nuove e valide contrazioni la rendano sicura.

L'A. accenna poi alla priorità del suo metodo malgrado quanto fu scritto nel 1887 da Blanc nel suo lavoro « de la correction manuelle des occipito-postérieures persistantes » poichè datando la sua prima osservazione dal 1882, si vede chiaro come le sue induzioni e i suoi esperimenti fossero anteriori al lavoro dell' ostetrico francese.

Dott. R. Polacco.

Lawson Tait. — **Repair of the Female Perinaeum** (*Ristaurazione del perineo femminile*). — *The British Gynæcol. Journal,* August 1891.

L'A. nei casi di perineo lacerato ebbe ad osservare, ponendo in tensione il margine curvo del setto collo stirare separatamente le pieghe marginali delle natiche

che esiste una linea bianca molto distinta che indica l'unione dei margini della lacerazione originaria. Questa linea bianca decorre lungo tutta la curva a mezzaluna del nuovo margine del setto e termina unendosi con due linee bianche ben marcate non proprio ad angolo retto colla linea principale, ma toccandola come i lati di un triangolo isoscele il cui apice sia situato a piccola distanza in faccia all'arco del pube. La linea bianca che forma la base di questo triangolo non è mai assente quando il perineo ha subita una lacerazione, e quando si è formata una lacerazione completa, le linee laterali si trovano sempre col tatto. Queste linee bianche mostrano dove si deve incidere tanto più che indicano la riunione delle linee cicatriziali della lacerazione originale e quindi contengono nascosti sotto di loro i tessuti che si devono riunire. Si convinse parimenti che il solo dissecare la mucosa ed i bordi cutanei non è sufficente, e per questo e per altri motivi abbandonò e per sempre il metodo della denudazione.

Descrive la struttura del perineo. Quanto alla priorità a lui negata non se ne cura, fa solo osservare che il metodo del prof. Simpson cui cederebbe volontieri l'onore della priorità, è essenzialmente differente dal suo.

Divide i casi di lacerazione da quelli di rottura perineale ed applica ai primi l'operazione per l'estensione ed agli altri quella per il ristabilimento completo del perineo. I tempi dell'operazione sono tre: uno si applica alle due serie di casi, quello della formazione dei lembi; il secondo quello del disinterramento dei tessuti divisi è richiesto solo quando si ha a riparare una lacerazione completa; il terzo quello della inserzione delle suture è comune ad entrambe.

Il metodo di fare l'estensione del perineo è molto semplice. Con un dito nel retto ed un paio di forbici acute ed a gomito, mentre un'assistente mantiene divaricate le labbra vaginali, l'A. fa un'incisione profonda nella pelle e mucosa, profonda abbastanza da mettere allo scoperto l'anello dello sfintere. Dirigendo poi la punta delle forbici prima da una parte, poi dall'altra ad angolo retto colla incisione e dal suo punto di mezzo s'avanza direttamente sino al corpo del gran labbro vicino al suo margine mucoso. La profondità dell'incisione varierà a seconda della forza che si voglia che abbia il perineo, ma deve sempre interessare cute e mucosa penetrando almeno un quarto di pollice nel labbro. L'incisione vien prolungata in avanti sin che si stima necessario: in casi di protrusione dell'utero, quando intende di estendere il perineo perchè agisca come un pessario di ritenzione, l'A. prolunga l'incisione quasi sino all'uretra e la fa profonda (3[8 ed anche 1[2 pollice) così da assicurare un piano resistente. Separate le labbra di ciascun incisione passa le suture di seta di Firenze in modo che i tessuti nel corpo delle labbra, che sono messi allo scoperto dall'incisione, vengono disotterrati e portati alla superficie. Le suture da un lato sono passate attraverso l'altro ed allora, quando siano strette, una larga area piana di superficie cruentata

costituita praticamente dai corpi delle due grandi labbra è messa a contatto. Le suture profonde da sole bastano ad assicurare questo metodo di unione ed occorre molta attenzione di porne una in vicinanza dello sfintere. Possono necessitare 3-4-5 suture che vengono rapidamente applicate. Molto raramente si è disturbati da perdita di sangue e lo stringere i fili è generalmente sufficiente per arrestarla. Non si deve aver premura di togliere le suture che si possono lasciare da 10 a 30 giorni sino a che la ferita è perfettamente guarita. Nei casi di protrusione bisogna che la paziente non faccia sforzi per 2 o 3 mesi.

L'operazione per riparare un perineo completamente lacerato è da condursi come segue: messa la donna in posizione, i margini cicatriziali del setto sono fortemente stirati dagli assistenti e si nota il punto ove la linea bianca da un lato e dall'altro incontra la linea trasversale. Esattamente in questo punto si introducono profondamente le punte delle forbici e di là sono dirette trasversalmente lungo la linea bianca facendo un'incisione che va diminuendo verso il centro del setto lacerato e che si continua sino all'estremità opposta della linea trasversale. A questo punto si fa di nuovo un'incisione di circa un pollice e mezzo o 3|4 all'avanti nella direzione della linea laterale e parimenti per circa 1|4 o 3|8 all'indietro. Questo si fa d'ambedue i lati. Un colpo di forbice alla base dei grandi lembi angolari così formati permette di sollevarli e di esporre così una ferita profonda a forma di losanga, la quale dà praticamente la ricostruzione della lacerazione originale. Si passano allora le suture all'indentro del bordo cutaneo da ciascun lato passando da una parte all'altra come si è descritto prima formando così i bordi originali del rafe distrutto. Nel porre le suture è sempre consigliabile di passare per prima la mediana perchè deve andare più profondamente e perchè governa il simmetrico riaggiustamento delle parti. Non necessitano suture dei bordi rettali o vaginali. PIAZZA.

DÖDERLEIN. — **Klinisches und Bakteriologisches über eine Puerperalfieber Epidemie** *(Fatti clinici e batteriologici intorno ad una epidemia di febbre puerperale)*. — *Arch. f. Gyn.*, Bd. XL, Heft. 1, 1891.

Grave se non gravissima per le conseguenze, ed oltremodo importanti per la causa che la determinò fu l'epidemia di febbre puerperale osservata dall'A. nella Clinica di Lipsia.

Di tre puerpere colpite due furono salvate, una morì e la causa della infezione fu riscontrata in un secreto purulento della prima puerpera infetta, secreto dato da una congiuntivite traumatica determinata da un occhio di vetro scheggiato all'orlo. Accidentalmente infettata da questo secreto la levatrice aveva infettato

alla sua volta la donna, comunicando poi la malattia alle altre due, malgrado le pratiche rigorose di disinfezione in uso nella Clinica e che essa aveva esattamente praticato.

Data adunque in questo caso la manifestazione violentissima della infezione, era evidente che doveva trattarsi di un materiale assai virulento, ed infatti riuscirono positivi gli esperimenti fatti su un coniglio e su un topo bianco, mentre è noto (fatto riscontrato anche da altri osservatori) che conigli e topi sono assai poco sensibili alle forme di infezione date da stafilococchi e streptococchi: si usò per le esperienze il pus proveniente dall'occhio della prima puerpera.

La genesi della malattia oculare (irritazione meccanica con infiammazione consecutiva), dava per verosimile il fatto che si fosse potuta determinare per germi trovantisi nell'aria, stafilococchi e streptococchi, e le esperienze positive sugli animali e le colture successivamente praticate in gelatina, pure stabilendo una azione moderatrice degli ultimi sullo sviluppo dei primi, avevano provato la verità dell'ipotesi, mentre d'altra parte il loro contemporaneo sviluppo aveva provato sia colla gravezza della infezione sia colle esperienze di gabinetto la azione particolarmente grave della associazione di questi germi.

Si esaminarono i lochi d'una puerpera, e vi si trovarono solo cocchi e diplococchi, perchè, a febbre molto alta, non si trovano cocchi in catena; perciò i preparati non poterono determinare se si trattava di stafilococchi, di streptococchi o d'ambe le forme. Causa di morte della prima puerpera fu una peritonite fibrinopurulenta partente dalla cavità uterina: infatti dal punto di inserzione placentare potevansi seguire lintatici pieni di pus fin sotto il peritoneo: materiale tratto da qui servì per altri esperimenti ché riuscirono positivi.

Il fatto che le irrigazioni endouterine (rispettivamente due per ogni ammalata) valsero in due casi ad abbassare la temperatura mentre non giovarono nel terzo caso, prova che in questo il materiale infettivo non si trovava già più alla superficie interna dell'utero, ma aveva invaso i linfatici. Si trattò adunque nei tre casi di una forma linfangioitica di febbre puerperale; se la peritonite sia stata determinata dalla linfangioite o dal versamento del pus dalle tube, che alla sezione si riscontrarono piene di pus, non fu determinabile.

Si deve accordare una notevole influenza alla terapia riguardo alla guarigione di due delle puerpere sì gravemente infettate, ed in primo luogo è importantissima la lavatura endouterina (Creolina al 2 0[0]). È certo che la irrigazione gioverà solo quando la forma infettiva non abbia invaso i linfatici onde l'A. non può accedere all'opinione di Fehling che vorrebbe nella endometrite puerperale praticare anzitutto lavature vaginali, e quindi, riuscite queste senza risultato, dar mano alle endouterine. Nella clinica di Lipsia le lavature si praticano mettendo la paziente nella posizione dorsale con gambe ripiegate all'indietro. Scoperto con uno

speculum di Cusco l'orificio del canale cervicale e ripulitolo con cotone, si introduce una lunga canna di vetro. La vista rende più facile l'atto operativo fatto in tal modo anzichè praticato colla scorta del dito e questo non è piccolo vantaggio anche pel medico il quale non lascia la propria mano in contatto con un materiale tanto infezioso; per eccesso di precauzione si comincia la lavatura con acqua bollita e solo quando se ne vede sicuro il riflusso, si adopera la soluzione antisettica. È certo che la gravità della infezione non dipende dalla quantità, ma dalla qualità dei microrganismi.

Per ciò che riguarda l'antipiresi, considerando che non è ancora bene deciso se la febbre sia una reazione dell'organismo contro l'infezione ed agisca come tale uccidendo i germi, non possiamo avere alcuna guida sicura; tuttavia, oggi, ancora si deve continuare nell'uso dei nostri antipiretici considerandoli come antisettici interni.

Dott. R. Polacco.

A. Bompiani. — **Quarta operazione cesarea con conservazione dell'utero.** Madre e figlio salvi. — *Riv. di Ostetr. e Gin.*, N. 8, 1891.

È notevole in questo caso il fatto che si dovettero rompere le membrane per la via vaginale onde poter estrarre l'utero dalla ferita laparotomica. La sutura muscolo-sierosa fu fatta in due piani con filo di seta continuo ed a sopragitto e l'utero fu zaffato con garza iodoformica.

Dott. R. Polacco.

Bossi L. M. — **Taglio cesareo con estirpazione dell'utero e delle ovaie ed affondamento del peduncolo. Madre e figlio salvi.** — *Riv. di Ostetr. e Gin.*, N. 14, 1890.

È l'affondamento del peduncolo in due casi di laparo-isteromiomectomia con esito felice che diede all'A. l'idea di affondare il peduncolo in un caso di taglio cesareo. La tecnica operativa fu l'abituale metodo Porro, salva la puntura preliminare delle membrane per diminuire il volume del contenuto uterino. L'A. espone poi le cagioni che militano in favore del trattamento intraperitoneale, concludendo che il voler combattere il metodo intraperitoneale, nell'operazione Porro, per sostenere l'extraperitoneale, equivale a voler ostinarsi a guarire le ferite per terza intenzione per non adottare i mezzi atti a guarirle per prima.

Dott. R. Polacco.

Fancourt Barnes. — **Removal of the Uterine appendages and Fibroid Tumour in a case of continued metrorragia** (*Ablazione degli annessi uterini e di un tumore fibroso in un caso di metrorragia continua*). — *The British Gynaecological Journal*, August 1891.

Narra il caso di una donna che aveva in cura dall'88 per gravissime metrorragie. All'esame aveva trovato utero di volume normale e non potè scoprire malattie delle tube e delle ovaia. Dopo due anni di cura (applicazioni all'endometrio, ignipuntura al collo) le metrorragie ritornavano sempre. Esportò allora gli annessi uterini, la tuba e l'ovaio di sinistra erano aderenti al pavimento della pelvi e l'ovaio era cistico, l'ovaio destro era libero. Due mesi più tardi le metrorragie ritornarono così gravi da obbligare la paziente a letto. Dilatato il collo coll'intento di raschiare la cavità, vi sentì col dito un piccolo fibroma completamente sessile che escise colle forbici.

L'interesse del caso è ovvio. Doveva o meno finire da dove ha incominciato? La sonda penetrava solo per la lunghezza normale e l'utero non sembrava aumentato e per questi motivi non dilatò prima per esaminare la cavità uterina. Non bisogna però dimenticare che la tromba sinistra e l'ovaio esportati erano aderenti e ammalati. L'A. apprese dal caso che nelle lunghe e continue metrorragie si deve esplorare la cavità prima di ricorrere ad altro trattamento chirurgico.

Discussione. — Tait che vide l'ammalata in consulto confessa che non gli venne l'idea di tumore uterino quantunque l'utero fosse più grosso del normale. Anche se il tumore fosse esistito sul principio non crede che la sua rimozione avrebbe bastato alla cura e che avrebbe dovuto seguire quella degli annessi. Non è certo che il tumore non sia cresciuto dopo la prima operazione. Ricorda un caso che mostra i pericoli dell'intervento intrauterino quando vi sono malattie degli annessi. Vi sono dei casi in cui il raschiamento come primo metodo di cura può essere discusso, ma ve ne è una serie maggiore e più importante nella quale se si ricorre alla dilatazione uterina un caso poco pericoloso può essere volto in uno di estrema gravità. Se si riscontrano i sintomi in donna maritata da lungo tempo e sterile, si devono rimuovere gli annessi.

Heywood Smith. Pensa che una simile operazione mette in discredito il metodo. L'esame bimanuale deve aver mostrato che l'utero era aumentato di volume e l'uso della sonda deve aver indicato la presenza del tumore.

D. Bantock. La questione si riduce alla diagnosi. Un aumento dell'utero dovuto a un tumore così piccolo è di difficile apprezzamento, ed inoltre eravi evidenza di alterazione in una delle appendici. Se in casi di emorragia eccessiva si

trova alterazione ovarica si deve togliere quest'organo e lasciare l'utero in pace. Vuol essere l'ultimo ad ammettere l'idea del Tait che il tumore si sia sviluppato dopo l'azione degli annessi.

Tait aggiunge che egli non disse che il tumore si sviluppò dopo la rimozione degli annessi, ma che non è provato che ciò non sia successo. Spesso grossi miomi molli cominciano ad aumentare dopo la menopausa e questo può esser stato un mioma molle nel suo inizio. Crede che nel caso in discussione i sintomi in principio erano quelli di alterazione delle appendici senza emorragia. Alcuni mesi dopo la loro rimozione il sintomo principale era l'emorragia. Insiste che l'intervento uterino in questi casi non è esente da rischio e ne cita due casi: in uno la dilatazione produsse perimetrite, in un altro piosalpinge. Se vi è emorragia e non sintomi degli annessi si dilati e se con questo non si riesce, allora è indicata l'ablazione degli annessi.

D. Macnaughton Jones cita un caso in favore della dilatazione e raschiamento prima di esportare gli annessi. L'ammalata guarì ed ebbe due figli.

Dott. Barnes. Quando esiste una malattia ovarica ed una uterina si deve esaminare ambedue gli organi dilatando un poco se è necessario. I mezzi di dilatazione ora in uso sono molto pericolosi, alcuni brutali. Nei casi di stenosi dell'orificio è da preferirsi l'incisione la quale toglie la contrazione e l'iperemia. È certo che le affezioni infiammatorie delle tube o delle ovaia non ponno essere curate coll'operare sull'utero. Ha visto dei tumori che davano sangue guariti col togliere le appendici. Inclina a credere che il tumore nel caso in discussione deve aver cominciato prima che fossero tolti gli annessi e che è aumentato in seguito ad onta della loro rimozione.

Dott. Piazza.

Dmitri de Ott. — **Sur quelques modifications du procedé opératoire de l'hystéromyomectomie.** — *Annales de Gyn. et Obst.*, sept. 1891.

Distingue le operazioni per fibromiomi in due categorie:

I. Casi in cui la conservazione dell'utero si presenta come possibile.

II. Casi in cui per la guarigione radicale si è obbligati a sacrificare l'utero in tutto od in parte. L'A. è d'avviso che anche nei casi di questa seconda categoria bisogni tentare sempre, se è possibile, di estirpare il tumore prima di decidersi a sacrificare l'intiero organo. È appunto sopra tale seconda categoria che dà dei risultati estremamente insufficienti che l'A. si sofferma per esporre alcune considerazioni di pratico interesse.

Crede che la odierna tendenza a voler sostituire la ablazione totale dell'organo alla amputazione sopravaginale sia evidentemente basata sulla insufficienza dei

risultati ottenuti, e perciò vorrebbe una delimitazione esatta delle indicazioni di ciascuna delle 2 operazioni, ed un perfezionamento nella tecnica di esse. L'estirpazione totale si modella sulla isterectomia per uteri cancerosi, e le modificazioni hanno per iscopo di evitare l'infezione e prevenire la emorragia. Ecco quanto suggerisce per l'amputazione sopravaginale: prima di aprire il ventre disinfezione della vagina, raschiamento endouterino, preceduto da eventuale dilatazione (Hegar). Causticazione successiva col Paquelin. Tamponamento di garza iodoformica. Apertura dell'addome, legatura dei legamenti larghi e loro sezione. L'A. affonda il peduncolo, ma non lascia il laccio elastico. L'emostasi del moncone e fatta mercè 2 o 4 punti di sutura a tutto spessore postati dall'avanti all'indietro, in maniera che stretti i fili il canale cervicale non è compresso, particolare questo di cui si giova per introdurre dal canal cervicale verso la vagina a mezzo di una sonda, uno stoppino iodoformico che viene tolto dalla vagina 4 o 5 giorni dopo. Dice che la durata della operazione è di assai ridotta, la disinfezione completa, l'emostasi sicura. Decio.

L. M. Bossi. — **Una isterectomia totale per fibromioma con modificazione al metodo Martin.** — *Gazzetta degli Ospitali*, 1891, N. 58.

In un caso nel quale eravi l'indicazione assoluta dell'isterectomia totale addominale l'A. tenne la seguente condotta:

Aperto l'addome e portato alquanto in alto il tumore ed isolati gli annessi d'entrambi i lati con un sufficiente numero di legature, trafisse con un lungo punteruolo curvo montato con due fili di seta, il fornice vaginale anteriore dal lato sinistro seguendo l'indicazione del dito portato dall'assistente in vagina. L'assistente ritirò i due capi dei fili ed assicurò ciascuno con una pinza Pean e l'O. ritirò il punteruolo mantenendo gli altri due capi dalla parte dell'addome. Liberato uno dei fili e montato il punteruolo con un'altro filo libero, trafisse ancora il forcipe anteriore, ma dal lato destro e ritirò l'istrumento come prima. L'assistente si trovò così in possesso di quattro capi di filo pendenti in vagina, di cui due erano dello stesso filo il quale veniva a comprendere tutto il fornice anteriore, e questi vennero serrati e legati insieme. Gli altri due capi appartenenti a due fili diversi i cui estremi superiori trovavansi nel campo addominale, ciascuno alla sua volta vennero infilati nel punteruolo e portati in vagina perforando ai lati il fornice posteriore e così l'assistente ebbe i capi degli altri due lacci che comprendevano entrambi i fornici vaginali-laterali che vennero quindi allacciati. Fatta tale legatura preventiva l'O. incise il fornice anteriore poi i laterali, mantenendosi fra i lacci e l'utero, e giunto al fornice posteriore lo cir-

condò con un quarto filo di seta, e lo allacciò consegnando poi i capi del laccio all'assistente il quale, fattasi dall'A. anche l'incisione all'interno di quest'ultima legatura, tirando in basso tutti i fili si trovò senza emorragia alcuna, in possesso di tutto il moncone vaginale. Sutura contemporanea vaginale ed addominale.

I vantaggi che da queste modificazioni si ponno avere sono secondo l'A.:

a) L'operatore si mette al sicuro da emorragie dalle colonne vaginali incise, che in questi casi ponno essere assai copiose, legando preventivamente i fornici.

b) I contatti fra vagina e cavità peritoneale si rendono minori, poichè l'assistente che opera dalla vagina, potendo colle estremità dei quattro lacci tirare in basso ed all'esterno il moncone vaginale, pratica la sutura di questo colla massima facilità e quasi punto comunicando colla cavità addominale.

c) Viene ad essere assai abbreviato l'atto operativo, poichè la sutura vaginale e la sutura addominale si ponno contemporaneamente praticare dall'operatore e dall'assistente. Il che è vantaggio anche per la circostanza che l'operatore non sta tanto a lungo colle mani e cogli strumenti nel cavo peritoneale per la sutura vaginale.

d) L'atto operativo viene ad essere assai facilitato: basta l'uso di un adatto punteruolo che abbia una curvatura sufficiente, ed in breve l'assistente si trova in possesso del moncone vaginale, abolendosi così la sutura che certo deve riuscire laboriosa non prestandosi essa ad essere sufficientemente portata in alto verso l'apertura dell'adome.

La paziente morì in quinta giornata per setticemia, ed all'autopsia non si notò alcuna lesione viscerale, ed in ottimo stato le suture, nessuna emorragia.

VILLA.

E. PESTALOZZA. — **Contributo allo studio dei sarcomi dell'utero.** — *Morgagni*, settembre 1891.

Trattavasi di due donne ancora in fresca età, le quali cominciarono a soffrire gravi emorragie avvertendo nel tempo stesso lo sviluppo di un tumore nella vagina. Il decorso della malattia fu oltremodo rapido, e la morte sopraggiunse in breve tempo accompagnata da sintomi polmonari e da grave infezione con altissime febbri. Alla autopsia si riscontrarono numerosi nodi metastatici, duri, di colore oscuro, nei polmoni. Altri tumori pure di colore oscuro vennero trovati in vagina con notevole contenuto sanguigno ed altri tumori apparentemente sarcomatosi del corpo dell'utero. I due casi furono pressochè identici sia nel decorso clinico sia nel reperto necroscopico. L'esame istologico diede pel tumore appartenente all'utero, il reperto caratteristico del sarcoma a cellule rotonde, inoltre le fibre muscolari dell'utero più si avvicinavano al tumore, si trovavano trasfor-

mate in cellule giganti disseminate nella muscolatura. Cellule simili in parte alle cellule giganti si sono trovate anche nell'interno delle vene dove esistevano numerosi elementi tondeggianti granulosi. I nodi metastatici della vagina erano formati da vasti focolai emorragici nei cui contorni erano più evidenti gli alveoli di cellule sarcomatose con una stroma fibrillare reticolato in cui erano sparse le cellule giganti. La maggioranza dei noduli polmonari non mostravano che la natura emorragica. Solo attorno ad alcune vescicole impervie si notò una infiltrazione di cellule piccole specialmente attorno ai vasi. Solo alcuni noduli più piccoli e forse più giovani mostravano la struttura di un sarcoma alveolare.

Riguardo al modo di formazione della metastasi vaginale l'A. è d'avviso che essa sia avvenuta per la via delle vene col meccanesimo dell'embolismo retrogrado. Conclude che questa è una varietà del sarcoma uterino che si distingue pel rapido decorso, per la straordinaria prerogativa del suo potere infettante, e per le precise localizzazioni metastatiche, e che potrebbe qualificarsi coll'appellativo di *sarcoma emorragico infettante.* Pei caratteri istologici, e pei dati forniti dall'anamnesi crede non si possa escludere che essi appartengano alla categoria dei tumori derivanti da abnorme proliferazione dei residui deciduali. La memoria è corredata da 9 tavole, due delle quali dimostrano l'utero e la vagina aperti anteriormente sulla linea mediana per mettere in evidenza il tumore uterino ed i noduli vaginali. Le altre sono destinate a chiarire il reperto microscopico.

Decio.

E. Pittarelli. — **Contributo alla patologia ed al trattamento chirurgico della inversione dell'utero.** — Dal *Giornale Medico degli Incurabili,* anno VI.

L'A. comincia col parlare della rarità della inversione uterina, e dice che la varietà di inversione post-abortiva costituisce adirittura una curiosità ginecologica, poichè sopra un totale di 829 casi, se ne conoscono appena 11 di post-abortive. Espone quindi la propria osservazione. Donna quartipara quarantenne, abortisce senza causa apprezzabile al 4.° mese. Dopo 2 giorni di letto si alza e riprende le faccende domestiche, 6 giorni dopo avverte emorragia grave, ed acuto dolore che la fa cadere priva di sensi. Alloraquando l'A. la vide, la trovò in preda a gravissimi fenomeni di anemia acuta, e l'utero non si palpava sopra il pube. Praticato il tamponamento antisettico vaginale, ed i soccorsi che l'urgenza indicava, la donna ripigliava i sensi dopo 3 ore. La vagina era occupata da un tumore spugnoso, grosso come un uovo di tacchino piriforme, non era riscontrabile il muso di tinca, un cercine anulare che si continuava colla tumescenza, era ciò che si sentiva al fondo della vagina. Assenza dell'utero alla sede normale. Isti-

tuita la diagnosi di inversione, fu praticata la riduzione manuale col processo di Emmet, ma questa non riuscì completa e dopo un giorno ancora emorragia e nuovo shock misero in serio pericolo la vita della donna. In brevi parole la riduzione fu ancora tentata per 7 giorni consecutivi, ma essa non riuscì mai completa, meno male che la paziente non aveva più emorragia, non provava alcun dolore, e le forze le venivano tornando. Convinto della necessità di una terapia attiva e rifiutata la esportazione dell'organo per ovvie ragioni, l'Autore mentre stava studiando a qual partito doveva appigliarsi, pose un pessario ad aria di Gariel nel cui infundibolo fu adottato un tampone sì da comprimere direttamente, per quanto fosse possibile il fondo dell'utero. Ciò fece il 16 marzo, e nella notte del 27 mentre la ammalata riposava tranquillamente fu svegliata da forti dolori; l'utero spontaneamente si era ridotto. In quanto alla eziologia l'A. crede che l'emorragia uterina, impedita di uscire per flessione del collo abbia disteso l'utero fino al punto che contrattosi svuotò il contenuto, precipitando il proprio fondo attraverso alla dilatata cervice, essendo in ciò ausiliato dal prelo addominale. Insiste sopra tale eziologia controversa e cioè dell'aumento di sangue e di siero nella cavità uterina.

Passando ad un altro punto l'A. non crede che la inversione sia stata indotta dal pessario. La riduzione, egli dice, fu spontanea e sarebbe probabilmente avvenuta anche senza il pessario.

In una seconda parte del lavoro studia gli ostacoli che si incontrano nelle riduzioni, e dice che la riducibilità è direttamente proporzionale al rapporto fra il diametro più piccolo del canal cervicale e quella parte dell'asse longitudinale del corpo che va dal fondo al primo diametro, che la condizione più favorevole è quando il corpo non è impegnato nell'orificio interno, e la più sfavorevole quando tutto l'utero è invertito. La riduzione razionalmente può ottenersi od impicciolendo il corpo, o dilatando la cervice, o mettendo in opera e l'uno e l'altro mezzo e così devono aver agito tutti i mezzi escogitati. Fra i processi destinati ad impicciolire il corpo, annovera il taxis, e ne studia le diverse modalità. (Viardel, Puzos, Astruc, Deleurye). Rimprovera al taxis il risveglio della contrattilità muscolare. Parla dei riduttori di White, di Barnes, di Aveling, di Duncan e si mostra poco propenso al loro uso eccetto che in casi speciali. Indi si occupa dei processi per dilatare la cervice, che sono pochissimi (Barnes, Kilian), Courty (dilataz. per via rettale), e li trova deficienti. Fra quei processi che dilatano la cervice e rimpiccoliscono nel tempo stesso il corpo annovera i manuali e strumentali. Conclude che per nessuna varietà di inversione vi è un processo che realizzi le condizioni teoriche e soddisfi ai vari desiderati e dice dei metodi conosciuti, molti sono inefficaci, pochi efficaci, ma dannosi per altri versi, altri di azione incerta.

L'A. con una esposizione forse troppo algebrica e geometrica viene a dimo-

strare che *è più facile ridurre una inversione con la dilatazione del collo che colla riposizione del corpo*, e ciò basandosi sull'assioma che la riduzione non può ottenersi se non superando l'angustia del canal cervicale. Ad ottenere l'intento accenna alla costruzione di un speculum plurivalve speciale, il quale dilaterebbe la cervice meglio di ciò che fa l'Emmet colle dita, perchè secondo l'A. lo speculum (che per altro non è descritto e credo fino ad ora non costrutto) sarebbe *pel chirurgo un'altra mano abbastanza agile e flessibile, più piccola, più sottile, più delicata, ma nello stesso tempo resistente, resistente anzi sino ad ignorare la stanchezza, che non sia quella concessagli in dono dal Signore Iddio. E la riduzione dell'utero inverso eseguita con questa mano metallica sta al processo genuino dell'Emmet, come la estrazione strumentale della testa del feto sta alla estrazione manuale.*

L'A. crede che lo speculum riduttore sia destinato a rendere servigi analoghi a quelli che, *si parva licet componere magnis*, il forcipe rende nella ostetricia.

Decio.

Iginio Tansini. — **Contributo di chirurgia addominale per l'anno scolastico 1890-91.** — *Rassegna di Scienze Mediche*, maggio 1891.

Parlando in generale della chirurgia dell'addome, l'A. nelle laparotomie si dichiara partigiano delle incisioni ristrette, poichè in tal modo, l'A. aggiunge, l'operazione si può dire quasi estra-peritoneale, il che menoma l'importanza della questione sul trattamento asettico o antisettico nella laparotomia. Solo eccezionalmente fa ampie incisioni. Per la difficoltà dell'asepsi rigorosa, si valse della medicazione antisettica al sublimato al 1 0[00, e di batuffoli di cotone o garza, anzichè di spugne, imbevuti nella suddetta soluzione. Legature dei vasi isolati con catgut, dei vasi in massa e per le suture con seta.

Chirurgia del fegato. — I. Estirpazione totale di cisti alveolare da echinococco del fegato con resezione parziale del lobo sinistro in contadina di 25 anni. Si alza in undicesima giornata. Esce dalla Clinica in ottime condizioni 17 giorni dopo l'operazione. — II. Laparotomia esplorativa per cisti alveolare da echinococco del fegato in contadina di 31 anni. (L'A. rinchiuse subito la ferita, non potendosi pensare ad una cura radicale, essendo il processo diffusissimo). Esce dalla Clinica dopo 12 giorni, completamente guarita dall'operazione. — III. Laparotomia per cisti voluminosa da echinococco del fegato. Operazione col processo di Lindemann, modificato dall'autore. Giovane di 13 anni, pastore. Decorso post-operatorio regolare. La T. nei primi 7 giorni oscillò fra 37.9 e 39, in seguito sempre normale. Dopo 35 giorni circa l'infermo cominciò ad alzarsi dal letto. In 57 giornata rimaneva un breve tramite fistoloso.

Chirurgia degli organi genitali interni muliebri. — I. Amputazione sopravaginale dell'utero e delle ovaie per fibromioma uterino della grandezza della testa di un adulto. Trattamento intraperitoneale del peduncolo. Riunione della ferita addominale per *primam.* Al 4.° giorno insorge flebite ad ambo le coscie, che mantiene per 6 giorni la T. a 39.° Comincia ad alzarsi la paziente in 20.ª giornata. — II. Amputazione sopravaginale dell'utero e delle ovaie per fibromioma uterino. Il tumore esportato coll'utero e le ovaie pesava 1 Kilgr. Trattamento intraperitoneale del peduncolo. Riunione della ferita per *primam.* T. 38. 6 il giorno dopo l'operazione, in seguito fu sempre apiretica. In 12.ª giornata s'alza dal letto perfettamente guarita. L'A. insiste nell'emostasi definitiva del peduncolo a moncone aperto, con legature isolate dei vasi, processo del quale si valse nelle due suaccennate laparotomie. — III. Cisti voluminosa del legamento largo. Completo benessere e apiressia dopo l'operaz. Riunione della ferita per *primam.* La paziente si alza dal letto dopo 9 giorni. L'A. nota come fatto non comune che, sebbene la cisti fosse intraligamentosa, pure era di tal volume da contenere 12 litri di liquido.

Chirurgia dello stomaco. — Laparotomia esplorativa per cancro dello stomaco. Si rinunciò all'operazione radicale per la diffusione del processo neoplastico. Guarigione dall'operazione dopo pochi giorni.

Chirurgia della parete addominale. — Estirpazione di voluminoso fibro-sarcoma della parete addominale con apertura ampia del peritoneo. Riunione per *primam.* Dopo 28 giorni la paziente lasciò la clinica. FORMIGGINI.

SOCIETÀ ED ACCADEMIE

Associazione Medica Lombarda.

Seduta del 30 ottobre 1891.

Dott. CARLO DECIO. — Sopra un caso di fibromi multipli complicanti la gravidanza.

L'A. espone dettagliatamente la storia clinica di una donna degente nel comparto Ostetrico-Ginecologico dell'Ospedale di Milano, donna gravida ed affetta da multipli fibromi, interstiziali e sottosierosi. Primipara di anni 35. La gravidanza dal 5.° mese decorse abbastanza regolarmente fino all'epoca del parto che avvenne spontaneo alla prima quindicina del IX mese. Nulla venne a turbare il travaglio, il parto ed il puerperio. Vivo e sano nacque il prodotto del concepimento; in 19.ª giornata dal parto la paziente venne con felice esito operata dal prof. Luigi Mangiagalli di laparo-istero-miomectomia. Il peso del tumore era di 1730 grammi.

Descrive la struttura macro e microscopica, indi entra in alcune considerazioni. Nota come la gravidanza sia insorta e progredita relativamente in modo normale ad onta che la paziente fosse affetta da fibromi, e per di più primigravida attempata. Fa un cenno sulla estrinsecazione spontanea delle masse neoplastiche, indi si diffonde sulla questione della spontanea diminuzione dei fibromi in puerperio, la quale non accadde ed emette alcune ipotesi sul mancato fenomeno, appoggiandosi sopra i reperti microscopici delle masse fibromatose, spiacente di non aver potuto controllare colla esperienza alcune ricerche uroscopiche (peptonuria) le quali avrebbero portato luce in proposito, e si augura che altri in simile circostanze possano arrivare alla conferma della ipotesi inoltrata. Chiude la comunicazione con brevi parole sul trattamento chirurgico nel periodo puerperale.

NOTIZIE

Congresso internazionale di ginecologia e ostetricia a Bruxelles. — La Società belga di Ginecologia e d'Ostetricia, prende l'iniziativa di fondare un Congresso Internazionale periodico di ginecologia e d'ostetricia, che terrebbe ogni quattro anni le sue sessioni, alternativamente in Isvizzera e nel Belgio. La prima sessione avrà luogo a Bruxelles dal 14 al 19 settembre 1892 incluso.

Tre questioni sono state messe all'ordine del giorno:

1.° Delle suppurazioni pelviche, relatore il sig. dott. P. Segond, di Parigi.

2.° Delle gravidanze extrauterine, relatore il dott. A Martin di Berlino.

3.° Della placenta previa, relatore il dott. Berry Hart di Edimburgo.

L'ammontare delle quote è fissato come segue:

1.° Membro fondatore lire 300. Questa quota opera il riscatto delle quote ulteriori.

2.° Il membro che partecipa alla prima sessione L. 30. Questa quota dà il diritto di membro e al ricevimento ulteriore del resoconto dei lavori del Congresso.

Le iscrizioni per comunicazioni, discorsi, dimostrazioni, ecc., ecc., devono essere indirizzate al Segretario generale *dott. Jacobs, 12, rue des Petits Carmes, Bruxelles* (fino al 1 luglio 1892).

Il comitato d'organizzazione si è proposto di unire al primo Congresso una esposizione internazionale d'istrumenti e d'apparecchi riguardanti la ginecologia e l'ostetricia che avrà luogo nei locali del Congresso o alla Maternità di Bruxelles.

Prof. Luigi Mangiagalli, *Direttore responsabile.*

Milano — Tip. L. F. Cogliati, Via Pantano, 26.

Anno XIV. Marzo 1892. Num. 3.

ANNALI
DI
OSTETRICIA E GINECOLOGIA

ISTITUTO OSTETRICO-GINECOLOGICO DI NAPOLI
diretto dal Senatore Prof. O. Morisani.

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS OF ENGLAND
12 APR 92
LIBRARY

Operazioni complementari del taglio cesareo

STUDIO STORICO-CLINICO-CRITICO

DEL

Dott. FRANCESCO CARUSO
già Assistente nell'Istituto suddetto.

INTRODUZIONE.

Uno dei benefici effetti partoriti nel campo del taglio cesareo dall'ardita iniziativa del nostro prof. Porro, dell'amputazione utero-ovarica, è stato senza dubbio quello di avere fatto sorgere un'intera serie di atti operativi da comprendersi sotto la denominazione di operazioni complementari del taglio cesareo. Ben è vero che prima che il Porro facesse la sua celebre proposta esistevano già negli archivii della scienza le proposte relative ad operare sulle trombe faloppiane, e ad estirpare totalmente l'utero in occasione del taglio cesareo; ma si trattava di semplici proposte condannate dai più. Divulgatasi l'operazione del Porro, producendo essa una vera rivoluzione nel campo dell'operazione cesarea, fornì l'incentivo a discutere ampiamente la condotta operativa da tenersi nei singoli casi di taglio cesareo; e fu appunto, in seguito ad una tale discussione, che si pensò a rievocare le operazioni complementari già esistenti, e ad additarne delle nuove.

Sono da riguardarsi operazioni complementari del taglio cesareo:

1.ª La causticazione degli ostii uterini delle trombe faloppiane;

2.ª La legatura delle trombe; la loro recisione in mezzo a due legature; la rimozione di un pezzo delle trombe, o delle medesime in totalità;

3.ª La castrazione (ovariectomia od ovaro-salpingectomia bilaterali);

4.ª L'amputazione utero-ovarica (operazione Porro);

5.ª L' estirpazione totale dell'utero (1).

Uno sguardo generale dato a queste diverse operazioni fa rilevare a colpo d'occhio che tutte, indistintamente, adducono una demolizione nell'apparato genitale, la quale nelle tre ultime è mutilazione di uno o più organi, laddove nelle prime due consiste nella soppressione della sola funzione riproduttrice, ma che non per tanto non lascia di essere una vera demolizione. Le medesime, quindi, militano sotto questo riguardo in un campo opposto a quello del taglio cesareo conservatore, in cui regna sovrano il concetto della conservazione degli organi genitali intesa non pure sotto il punto di vista anatomico, ma ancora funzionale. Epperò le pratiche operative anzidette meritano anche di esser designate con la denominazione di « operazioni demolitrici del taglio cesareo. »

Lo studio di queste pratiche, per quanto riguarda l' amputazione utero-ovarica, è stato già fatto in grandissima parte, grazie allo immenso numero di contribuzioni che in un lasso di tempo di poco più di tre lustri si sono succedute con costanza mirabile intorno alla detta operazione; lo studio invece delle rimanenti pratiche, per riguardo a qualcuna, si trova già a buon punto, per altre è tuttora in via di farsi. Di tutte, poi, rimangono a fissarsi definitivamente le indicazioni, a fine di precisare il campo di azione delle stesse per rispetto a quello del taglio cesareo conservatore.

Or, avendo io messo insieme una discreta copia di documenti, capaci d'illustrare in certo qual modo le diverse quistioni che s'imperniano sul tema in discorso, sia facendo delle ricerche nella letteratura e prendendo notizia di casi inediti o pubblicati incompletamente, sia avvalendomi del materiale clinico di spettanza delle dette operazioni occorso nell' Istituto Ostetrico-Ginecologico di Napoli, sia infine seguendo la sorte postuma di diverse operate e praticando anche qualche esperimento, mi sia lecito di dare un piccolo contributo allo studio dell'argomento.

---

(1) Ho escluso dalla suddetta categoria la sutura dell' utero, che pure a rigore è una operazione complementare del taglio cesareo, per la ragione che essa non ha indicazioni speciali, costituendo invece il complemento di norma, indispensabile della sezione cesarea in tutti que' casi in cui l' utero viene risparmiato, anche quando non si pratica il taglio cesareo prettamente conservatore.

Ho diviso tutto il lavoro in cinque capitoli, cinque essendo le operazioni di cui debbo occuparmi. Di ciascuna, in appositi paragrafi, studierò la parte storica, la casuistica, il manuale operativo e le indicazioni.

Avanti, però, di entrare in materia, sento il dovere di tributare pubblicamente i sentimenti della maggiore gratitudine al mio illustre maestro, Senatore prof. O. Morisani, che con la sua ben nota liberalità mi permetteva di servirmi largamente del materiale clinico di sua pertinenza; come pure di ringraziare sentitamente tutti coloro, specie il prof. Sänger di Lipsia, i quali mi sono stati larghi del loro aiuto nella compilazione del presente lavoro.

CAPITOLO I.

Causticazione degli ostii uterini delle trombe faloppiane.

Tyler Smith (1), a fine di combattere la sterilità permanente, era venuto nell'idea di attraversare con una sottile sonda il lume degli ovidutti, e vincere così un eventuale restringimento de'medesimi, ovvero sbarazzarli del muco che per avventura li ostruisse. Robert Froriep, mettendosi per questo sdrucciolevole cammino, secondo ebbe a dire Hennig (2), propose (3), allo scopo di produrre l'effetto opposto, d'introdurre nell'orificio uterino delle trombe una sonda tubarica armata di pietra infernale. Nelle donne, che a cagione di assoluta ristrettezza del bacino non potevano partorire che col taglio cesareo, egli voleva con ciò procurare una chiusura organica delle trombe e quindi la sterilità. L'A. dava anche il disegno di uno strumento adatto a questo scopo (4): è un

---

(1) *The Lancet,* May and June 1849. Rivista in: *Froriep's Notizen,* Bd. X, Nr. 22, 1849.

(2) « Die Krankheiten der Eileiter und die Tubar-Schwangerschaft etc... » Stuttgart, Enke, 1876, pag. 21.

(3) « Die Vorbeugung des Kaiserschnitts und der Perforation. » *Froriep's Notizen,* Bd. XI, Nr. 1, Rivista in *Schmidt's Jahrbücher,* Bd LXV, pag. 99.

(4) Riscontr. « *Froriep's Tagesberichten über die Fortschritte der Natur und Heilkunde.* » 1850, Nr. 3, pag. 3-4. In questo articolo Froriep faceva una seconda rivista del lavoro innanzi citato di Tyler Smith sul cateterismo delle tube e tornava sulla sua proposta.

tubo conduttore, della foggia di un isterometro, internamente cavo, fornito all'estremo di un pezzo aggiunto di oro, il quale ha un' apertura alla punta. Il pezzo aggiunto è destinato a contenere il pastello di nitrato d'argento, il tubo conduttore a ricevere un'asticina di osso di balena, da servire a spinger fuori del pezzo aggiunto il cauterio (1). L' istrumento descritto avrebbe dovuto essere portato, previa applicazione di uno speculum, fin nel fondo della cavità uterina, e poi rivolto in guisa che il becco di esso venisse a trovarsi contro l'orificio uterino della tromba; la candeletta di osso di balena dovrebbe allora essere spinta fuori del tubo conduttore nella porzione interstiziale della tromba. Dopo la caduta dell'escara prodotta dalla causticazione col nitrato d'argento, sarebbe necessario di assicurarsi mercè il semplice cateterismo praticato con lo specillo tubarico di osso di balena, se veramente l'obliterazione degli ostii fosse avvenuta.

J. Kochs, di Bonn, senza conoscere la proposta di Froriep, la rifece in una comunicazione preventiva (2), dopo di averla attuata pel primo il 31 ottobre 1878 in una inferma, che aveva già partorito quattro figliuoli, e che nei primi tre puerperi era andata incontro ad un profondo scadimento della nutrizione e nell' ultimo ad un'affezione pulmonare con sospetto di tisi, malattia esistente in famiglia. Questa circostanza era parsa al Kocks estremamente rischiosa per un nuovo puerperio. L'A. si servì all'uopo di una sonda uterina di rame con punta di platino, curvata convenientemente, costruita in modo da esser messa in rapporto con una batteria galvano-caustica. Senza previa dilatazione della cervice uterina, ne diresse l'estremo nella parte più profonda dei due corni uterini, là dove esistono le aperture interne delle trombe, e premendo fortemente il bottone della sonda contro la località, lasciò agire la corrente. Kocks non ritenne necessario d' imberciare proprio l'ostio tubarico; a suo dire, basta penetrare col bottone galvano-caustico nello spessore dell'utero pel tratto di 1 cm. per imbattersi nel decorso della porzione uterina della tuba. L' operazione avrebbe dovuto trovare la sua indicazione in tutti quei casi (stenosi pelvica assoluta; morbi

---

(1) Il tubo conduttore e l'asticina di osso di balena costituivano l'istrumento che Tyler Smith avea ideato e messo in uso per sondare le trombe (loco cit.).

(2) « Eine neue Methode der Sterilisation der Frauen. » *Centralbl. für Gynäk.*, 1878, Nr. 26.

cardiaci, pulmonari e renali; psicosi, ecc.) in cui l'atto del parto o il semplice stato di gravidanza lasciano temere degli esiti funesti.

Fin qui la pratica Froriep-Kocks non avrebbe avuto niente a che fare col taglio cesareo, essendo stata proposta per essere eseguita fuori dello stato di gravidanza. Se non che il Sänger, nell'accennare ai mezzi posti a disposizione dell'operatore di taglio cesareo onde praticare la sterilizzazione preventiva, faceva menzione anche della suddetta proposta, additando pure il modo di praticarla (1); epperò la causticazione degli ostii uterini delle tube acquistava, per così dire, diritto di domicilio nel gruppo delle operazioni complementari del taglio cesareo.

Casuistica.

Per quanto io mi sappia, la causticazione degli ostii uterini delle tube come complemento di parto cesareo non ha ricevuto per anco la sanzione pratica.

Manuale operativo.

La causticazione degli ostii uterini delle trombe può farsi in due modi: o con un caustico potenziale affidato ad un ordinario portacauterio, servendosi come conduttore di questo dell'indice destro o sinistro, previamente portato in corrispondenza del sito da cauterizzarsi (parte più profonda de' corni uterini); ovvero col caustico attuale, possibilità questa che il Sänger aveva avuto già a riconoscere (2), e della quale io ho potuto assicurarmi sperimentando col termo-cauterio del Paquelin su uteri di donne morte a termine di gestazione.

Ma si è certi, poi, che tale cauterizzazione, comunque fatta, meni sicuramente all'obliterazione completa degli ostii in discorso? Finora manca al riguardo la prova *in viva*, l'unica capace di risolvere la quistione. Chi ci assicura che, invece dell'atresia, non possa aversi la stenosi degli ostii suddetti? In un tal caso, oltre a non conseguirsi lo

---

(1) « Der Kaiserschnitt bei Uterusfibromen nebst vergleichender Metodik der Sectio caesarea und der Porro-Operation, ecc. » Leipzig, 1882, p. 197.

(2) Loco cit.

effetto desiderato, si verrebbe ad esporre la operata al pericolo di una gravidanza extrauterina (1). Epperò io non saprei consigliare, almeno per ora, l'uso della causticazione degli ostii uterini degli ovidutti come mezzo di sterilizzazione preventiva ne' casi in cui questa è indicata.

CAPITOLO II.

Legatura delle trombe faloppiane; loro recisione in mezzo a due legature; rimozione d'un pezzo delle trombe, o delle medesime in totalità.

Fu Giacomo Blundell che propose pel primo, in addizione alla operazione cesarea, la rimozione di entrambe le tube faloppiane, o di un pezzo di esse, in modo da renderle completamente impervie, allo scopo di prevenire i concepimenti successivi. Tale proposta si trova in quella celebre memoria dal titolo « Osservazioni fisiologiche ed esperimenti » che l'A. ebbe a leggere dinnanzi alla Società Reale Medico-Chirurgica di Londra nel 1823 (2).

---

(1) Mi piace qui di far osservare, che, anche quando si fosse ottenuta la completa obliterazione degli ostii interni delle trombe, non sarebbe esclusa assolutamente la possibilità di un nuovo concepimento, grazie ad una disposizione anatomica di una estrema rarità, descritta da Baudelocque nipote (*Archives gén. de méd.*, nov. 1825, p. 410) come un fatto unico nella scienza, ma che al dire di Mauriceau (« Traité des maladies des femmes grosses » 7.ª édit., 1740, Tom. I, p. 12). Dulaurens aveva già notato parecchie volte, e di cui secondo Cazeaux (CAZEAUX e TARNIER. « Trattato teorico-pratico di Ostetricia. » Prima versione italiana di E. Martinez, ecc. 1883, pag. 569-70). Mad. Boivin avrebbe visto alcuni casi. Intendo alludere a quell'anomalia della tromba consistente in una ramificazione della medesima, che originantesi in vicinanza del corno della matrice, dopo di aver corso nello spessore della parete uterina, andrebbe a sboccare nel collo presso l'orificio interno. Cazeaux, che sembra riguardare la detta ramificazione come analoga al canale di Gärtner esistente in alcuni mammiferi (troia, vacca, ecc.), così esprimesi al riguardo: « per questi casi, almeno, è lecito supporre che il concepimento possa avvenire anche quando l' orificio della tromba sia completamente obliterato. » (Loco cit.). Riscontrisi in proposito anche HENNIG: Loco cit., pag. 110-11.

(2) Leggasi la prolusione di Aveling « Il passato ed il presente della ginecologia brittanica » riportata dal *British gynecol. Journal*, 1885. (Rivista del prof. L. Mangiagalli in: *Annali di Ostetricia*, ecc., 1885, pag. 404-6). Nelle lezioni fatte al Guy's Hospital nel 1828 (Lectures on the gravid uterus and on the diseases of Women and Children. Lecture VI, 1828-29, Vol. I, p. 259), l'A. consigliava di nuovo la pratica anzidetta, senza però limitarne l'applicazione ai casi di taglio cesareo, come appare dal seguente brano: « per certe donne il concepimento è sinonimo di morte; la pelvi è talmente ristretta, che senza

Velpeau, mentre menzionava il consiglio del ginecologo inglese, diceva di passarlo sotto silenzio (1); Kilian gli faceva l'elogio di essere « molto geniale » (2), e, quantunque non sempre praticabile, consigliava all'occasione di metterlo ad effetto (3). Lo Stoltz esclamava al riguardo: « c'est une manière étrange de tromper la nature. Ne vaut-il « pas mieux faire comprendre à la femme le danger qu'elle court en « s'exposant à devenir de nouveau enceinte? » ecc. (4). Infine G. Mayer, presso di noi, scriveva che basta enunciare siffatta proposta per farla condannare dall'universale coscienza al meritato oblìo (5).

A malgrado dell'autorità d'un Kilian, che gli aveva fatto buon viso, il suggerimento di Blundell giunse fino ai giorni nostri senza essere giammai adottato; allorquando Lungren, di Toledo (Ohio), il 22 maggio 1880, non so se avendone conoscenza, lo tradusse in pratica per primo su di una donna (Maria Kaiser) che egli operava per la seconda volta; però l'ostetrico americano, invece di escidere un pezzo degli ovidutti, preferì di legarli semplicemente (6).

In seguito Simon Thomas si fece propugnatore della legatura delle trombe come complemento di taglio cesareo ne' casi di stenosi pelvica

---

« il taglio cesareo, il parto non può essere terminato con altri mezzi artificiali. In tali donne la sterilità « potrebbe essere assicurata colla recisione delle trombe, come già fu consigliato; ed io credo di cono- « scere dei casi in cui quest'operazione, sebbene rappresentasse un male ed un pericolo, avrebbe potuto « essere del resto prudentemente raccomandata e subìta volentieri. Queste operazioni non si debbono « raccomandare temerariamente, nè condannare. Esse richiedono nell'Operatore diverse qualità. Allorchè « si voglia recidere le trombe per assicurare la sterilità, si dovrebbe rimuoverne un piccolo pezzo del- « l'estensione di una o due linee, altrimenti le porzioni divise potrebbero di nuovo mettersi in apposi- « zione e così ricostituirsi il canale. » La proposta in quistione si trova di nuovo riportata nel libro « The principles and practice of Obstetrics, » dal Blundell pubblicato a Londra nel 1834, a pag. 580 colle parole: « Io consiglierei un'incisione d'un pollice di lunghezza sul decorso della linea alba sopra « la sinfisi pubica. Consiglierei inoltre che la tuba faloppiana di ambo i lati sia tirata fuori dell'apertura, « e finalmente che una porzione delle trombe venga asportata; operazione questa che si pratica facil- « mente, e che renderebbe la donna sterile per sempre. »

(1) A. Velpeau. « Trattato completo di Ostetricia. » 1.ª versione ital. di G. Coen. Venezia, coi tipi del Gondoliere, 1837, pag. 298.

(2) « Die operative Geburtshülfe » Bonn, 1849, pag. 716.

(3) « Die Geburtslehre von Seiten der Wissenschaft und Kunst dargestellt » II, pag. 91.

(4) « Césarienne Opération » in: « Nouveau Diction. de Médecine » 1867, VI, pag. 711.

(5) « Sulla gastro-isterotomia. » Napoli, 1867, pag. 110.

(6) « A case of caesarean section twice succesfully performed on the same patient, with remarks on the time, indication and details of the Operation. » *Am. journ. of Obst.* ecc. January 1881.

assoluta in sostituzione dell'operazione Porro (1). Egli però non eseguì giammai l'operazione, che fu praticata in quella vece da un suo assistente, il Kower, alla Clinica Ostetrica di Leyden il 18 luglio 1885 (2).

Dopo il Kower la legatura delle trombe fu eseguita dal Champneys, il quale espose il caso dinnanzi alla Società Ostetrica di Londra nella tornata del 3 aprile 1889, patrocinandovi la causa della sterilizzazione mercè la detta pratica nelle gravi viziature pelviche. La comunicazione del Champneys diede origine ad una discussione piuttosto vivace (3) intorno al valore del mezzo di sterilizzazione messo in opera. Sulla convenienza della sterilizzazione nelle condizioni suaccennate si fu di accordo, non così circa il metodo di sterilizzazione da preferire, alcuni propendendo per la legatura delle trombe, altri per la castrazione, altri infine per l'operazione Porro.

Champneys trovava subito un imitatore nel Cameron, di Glasgow, il quale poi più di ogni altro ha fatto ricorso all'atto operativo in esame.

Presso di noi praticava la legatura delle tube in aggiunta al taglio cesareo il Falaschi in un caso di stenosi pelvica, in sostituzione dell'operazione Porro; e poi il prof. Morisani, il quale se ne faceva propugnatore, comunicando il suo primo caso all'Accademia Medico-Chirurgica di Napoli nella tornata del 30 giugno 1889 (4), commendandola in ogni caso di vizio pelvico al disotto del limite inferiore dell'indicazione della sinfisiotomia, e preferendola come mezzo di sterilizzazione preventiva alla castrazione e all'operazione Porro.

Finalmente in Germania, dove già lo Zweifel aveva fatto ricorso una volta alla pratica in discorso, senza però insistere sul suo uso, Sänger nella Seduta del 25 gennaio 1891 della Società Ostetrico-Ginecologica

---

(1) *Nederlandsch. tijdschr. v. Geneeskunde,* 1885, 2.ª parte.

(2) « Keizersnede wegens algemeene Becken wernauwing, in verband met verlamming der onderste ledematen in der kinderlijken leeftijd. » *Nederlandsch. tijdschr. v. Geneeskunde,* 1885, No. 45, pag. 937-41.

(3) *Trans. of the Obst. of London,* vol. XXXI, for the Year 1889, pag. 153-60. Quello che certamente non può non meravigliare leggendo il resoconto dell'accennata discussione, si è che il procedimento di Champneys fosse trovato originale e nuovo da Playfair, Horrocks, A. Doran ed Heywood Smith; e ciò dopo che il Blundell, nella patria istessa degli Accademici, fin dal principio del secolo, aveva consigliato di rendere impervie le trombe allo stesso scopo, e l'americano Lungren aveva già eseguita la legatura degli ovidutti!

(4) *Boll. della R. Accad. Med. Chirurg.* di Napoli, 1889, Anno I, pag. 85-88.

di Lipsia (1) si dichiarava assolutamente contrario alla legatura degli ovidutti, come a qualunque altro mezzo di sterilizzazione preventiva in donne affette esclusivamente da grave vizio di bacino, non approvando la condotta di Cameron, che su 10 casi di operazione cesarea a causa di stenosi pelvica, 8 volte aveva praticata la sterilizzazione mercè la legatura in quistione: a questo modo di vedere di Sänger si associava completamente Zweifel.

Casuistica.

Io ho potuto raccogliere 24 casi di legatura delle tube esperita come complemento di taglio cesareo, dei quali 7 sono tuttavia inediti, ed appartengono 5 al Cameron, che gentilmente li metteva a mia disposizione, e 2 al prof. Morisani. Parendomi non privi d'interesse questi due casi, non che un terzo di spettanza dello stesso operatore, di cui appena un breve cenno fu dato in questo giornale (2), ne premetto la narrazione in extenso; dopo di che passerò ad esporre in una tabella sinottica i particolari più importanti relativi agli altri casi.

Caso I.

Sommario. — VI para. Stenosi pelvica assoluta da osteomalacia. Taglio cesareo seguito dalla legatura delle trombe. Feto vivo. Puerperio lievemente febbrile.

Raffaela Ervolino, di anni 40, da Ottaiano (Prov. di Napoli), tessitrice, ricoverava nell'Istituto Ostetrico-Ginecologico di Napoli il 23 gennaio 1889.

Anamnesi. — Non ha sofferto malattie degne di nota nell'infanzia e nella giovinezza. Ha abitato case asciutte, però si è nutrita quasi sempre di erbaggi e di farinacei, ed è stata costretta pel suo mestiere a lavorare molto anche di notte. Mestruata la prima volta a 15 anni, ha avuto in seguito le regole ogni mese di durata e quantità normali. È stata incinta 5 altre volte. Le prime tre gravidanze si successero a corti intervalli, e tutte assolsero la ordinaria durata, e furono terminate da parti

(1) *Centralbl. für Gynäk.*, 1889, Nr. 13, pag. 227.

(2) Anno 1889, fascicolo di aprile.

spontanei di feti vivi; poscia la donna rimase quattro anni senza divenire ulteriormente incinta. In questo spazio di tempo cominciò ad avvertire dei dolori alla cintura pelvica, più intensi alla regione delle anche. Migliorata alquanto dopo una cura di bagni termo-minerali a Pozzuoli, divenne nuovamente gravida. Anche questa quarta gravidanza andò a termine, e finì con un parto spontaneo d'un feto vivo. I dolori ossei, che erano divenuti piuttosto intensi durante quest' ultima gravidanza, aumentarono notevolmente nel corso del puerperio, e furono avvertiti anche agli arti inferiori, senza però che si manifestasse deviazione alcuna nello scheletro. In capo a sei mesi divenne incinta per la quinta volta; i dolori osteomalacici si esacerbarono e si estesero anche alla colonna vertebrale, manifestandosi contemporaneamente le attuali deviazioni scheletriche. Il 26. IX. 1887, a termine di gestazione ed in travaglio di parto, ricoverò all'Ospedale degli Incurabili, ove le fu estratto col forcipe un feto morto: la durata del travaglio fu di 20 ore.

La donna che per lo innanzi aveva dato latte per lo spazio di 12 13 mesi, anche quando era ridivenuta incinta, si astenne questa volta dall'allattamento. Il 10 luglio 1888 rivide l'ultima volta le regole. Nel breve intervallo di sei mesi, che separarono la presente (6.ª) gestazione dalla precedente, il morbo osteomalacico continuò a far progressi: furono percepiti dolori anche in corrispondenza degli arti superiori, si accentuarono le deformazioni scheletriche, la statura da vantaggiosa che era si fece bassa. La donna, che fino a quest'epoca aveva atteso, sebbene a stento, alle faccende domestiche, nel corso di questa gestazione divenne paraplegica, e fu costretta a guardare continuamente il letto.

Status praesens. — La paziente giace nel decubito dorsale nel massimo rilasciamento di tutti i muscoli del corpo, perciocchè ogni movimento, spontaneo o provocato che sia, le procura intensi dolori. La cute è di un colorito bruno terreo, il tessuto connettivo sotto-cutaneo sprovvisto di adipe, i muscoli grandemente assottigliati. La statura è di molto inferiore alla media; gli arti superiori ed inferiori, normalmente lunghi, fanno contrasto col tronco notevolmente accorciato. Esiste scoliosi dorsale sinistra e lombare destra di compenso. La pelvi offre le più classiche caratteristiche della deformazione osteomalacica: ali iliache accartocciate, pube fortemente rostrato, branche ischio-pubiche enormemente ravvicinate da costituire uua stretta fenditura, sacro notevolmente incurvato in direzione longitudinale e trasversale.

Misurazione del bacino:

Distanza	fra le sp. il. ant. sup. .	cm.	21.5
»	fra le creste iliache .	»	26,7
»	fra i trocanteri . . .	»	24,3

Diametro di Baudeloque	. . .	cm. 18
» bis-ischiatico	. . . .	» 3
» cocci-pubico	. . . .	» 7, 5

Si stabilisce di aspettare il termine della gravidanza per praticare il taglio cesareo, assolutamente indicato dal vizio osteomalacico. Frattanto la paziente viene assoggettata ad una cura tonico-ricostituente.

Alle 2 a. m. del 22 aprile ebbe luogo la rottura precoce delle membrane, e verso le 7 a. m. si cominciarono a manifestare i dolori di parto. Presentazione della spalla sinistra in 2.ª posizione. Feto vivo.

Alle 11 1[2 con una dilatazione dell'orificio dell'utero di circa 4 cm., il prof. Morisani procede al taglio cesareo. Disinfezione delle pareti addominali con acqua calda e sapone, indi con alcool ed in ultimo con soluzione di bicloruro di mercurio (2 : 1000). Analoga disinfezione dei genitali esterni. La disinfezione della vagina e del collo dell'utero vien praticata, nella situazione della donna alla Sims e previa applicazione della valva di questo A., fregando le parti anzidette prima con ovatta imbevuta della soluzione di cloruro sodico (0. 75 p. 100) sterilizzata, e poscia con altra ovatta bagnata nella soluzione di sublimato (1 p. 1000). Incisione del ventre sul decorso della linea alba a cominciare dal bellico fino a 3 cm. di distanza dalla sinfisi pubica. Dieresi uterina *in situ*, curando di evitare il fondo e il segmento inferiore della matrice. Estrazione d'un feto vivo. Cacciato l'utero fuori dell'addome, e circondatolo di pezzi di garza asettica, si applica attorno al cono cervico-uterino un laccio elastico senza annodarlo, poscia si passa alla rimozione delle secondine. Stretto il laccio elastico, previo scollamento dello strato sieroso su ambo i lati della ferita, si applicano 12 punti di sutura comprendenti esclusivamente lo strato muscolare; la sutura del peritoneo uterino vien fatta a sopraggitto in maniera analoga alla sutura intestinale di Lembert. Materiale di sutura: seta al sublimato. Prima di riporre l'utero nel ventre, affine di togliere di mezzo la possibilità di ulteriori concepimenti, si legano le tube faloppiane a circa metà del loro tragitto con filo di seta al sublimato, dello spessore del N. 3 del commercio. Toilette del cavo peritoneale e sutura intercisa del ventre con punti profondi e superficiali anche con fil di seta al sublimato. Durata totale dell'operazione 75 minuti.

Feto di sesso maschile, del peso di grammi 2000, lungo 41, 5 cm. Diametri della testa: O. M. 10, 8 cm.; O. F. 9, 8 cm.; S. O. B. 8 cm.; B. P. 8, 5 cm.; B. T. 6, 8 cm.; circonferenza O. M. 30, 5 cm.; circonferenza O. F. 29, 5 cm.

Annessi normali del peso di gr. 250; diam. mass. plac. 17 cm.; lunghezza del cord. omb. 49 cm.

Diario clinico del puerperio. — 23. IV. 1889. Durante tutta la notte dal 22 al 23 la donna si è lamentata di dolori irradiantisi dalla regione sacro-lombare al basso ventre. Mattino: T. 36.2; P. 108; R. 36. Sera: T. 37.3; P. 120; R. 40. Lochiazione sanguigna abbondante. Sudore profuso. Aspetto generale soddisfacente. Estratto di carne, marsala, ergotina, valerianato di chinino. Cateterismo ogni 5 ore, non orinando la donna spontaneamente.

24. IV. Mattino: T. 37.2; P. 120; R. 40. Sera. T. 38.3; P. 120; R. 32. Ha vomitato tre volte. Polsi filiformi durante la notte. Addome meteorico. La paziente si lamenta di tanto in tanto di trafitture dolorose nel basso ventre. Eruttazioni continue e senso di acidità alla gola. Lo stato generale è alquanto depresso. Lochiazione sanguigna molto abbondante. Lo stesso trattamento, più una iniezione ipodermica di etere.

25. IV. Mattino: T. 37.9; P. 110; R. 30. Sera: T. 38; P. 120; R. 36. Stato generale discretamente migliorato. Non è stata più tormentata dal vomito e dai dolori addominali. Meteorismo notevolmente diminuito. Due scariche alvine. Lochii siero-sanguigni normali. Si rinnova la medicatura della ferita.

26. IV. Mattino: T. 37.3; P. 116; R. 28. Sera: T. 38.4; P. 114; R. 32, Stato generale molto migliorato. Parecchie scariche ventrali di un liquido nerognolo. Urinazione spontanea. Lochii normali.

27. IV. Mattino: T. 38.4; P. 108; R. 36. Sera: T. 37; P. 120; R. 32. Continua la diarrea. Ciò non pertanto lo stato generate è soddisfacente. Sottonitrato di bismuto ed oppio tebaico.

28. IV. Mattino: T. 37.8; P. 120; R. 36. Sera: T. 37; P. 124; R. 36. La diarrea è cessata.

29. IV. Mattino: T. 37.6; P. 124; R. 34. Sera: T. 37.6; P. 125; R. 32. Stato generale buono. Si rimuovono i punti di sutura. La ferita esterna è aderita *per primam*, meno nello estremo inferiore dove si è avuta una suppurazione superficiale.

30. IV. Mattino: T. 37.2; P. 118; R. 32. Sera: T. 37.8; P. 120; R. 36. Lochii sierosi scarsi. Si medica con polvere di jodoformio il tratto della ferita suppurata.

I. V. Mattino: T. 37; P. 124, R. 32. Sera: T. 37.8; P. 120; R. 32. Durante la notte due evacuazioni di materiale liquido accompagnate da tenesmo anale. Sottonitrato di bismuto e idroclorato di morfina.

2. V. Mattino: T. 37.4; P. 118; R. 30. Sera: T. 37.7; P. 116; R. 36. Il tenesmo anale è scomparso.

3. V. Mattino: T. 37.4; P. 116; R. 32. Sera: T. 37.7; P. 116; R. 26. Il tratto della ferita addominale suppurato è completamente cicatrizzato. La lochiazione è finita.

Dal giorno 4 in poi il decorso del puerperio fu normale. La pa-

ziente seguitò pertanto a dimorare nell'Istituto fino al 12 maggio, affine di rimettersi meglio nel generale. Nel giorno della dimissione la donna presentavasi alquanto migliorata nello stato generale, alleviata dei dolori ossei, ma ancora paraplegica.

Per lo stato postumo dell'operata veggasi il quadro sinottico a pagina 190-91.

Caso II.

Sommario. — X para. Stenosi pelvica assoluta da osteomalacia. Taglio cesareo col complemento della legatura delle trombe. Feto vivo. Madre morta.

Rosa Morabito, di anni 47, da Napoli, donna di casa, viene accolta nell'Istituto Ostetrico-Ginecologico di Napoli il 13 maggio 1889.

Anamnesi. — Mestruata a 11 anni circa, le mestruazioni successive sono state sempre regolari per ritorno, durata e quantità del sangue. Ha avuto nove gravidanze oltre la presente. Le prime cinque si sono succedute con intervalli variabili da 40 giorni a 5 mesi; e i prodotti relativi, in parte sono nati morti, in parte hanno soccombuto in tenerissima età. Le altre quattro gestazioni, poi, sono state separate da intervalli di circa tre anni, e per tanto tempo la donna ha prolungato gli allattamenti corrispondenti, allo scopo di non ridivenire incinta. I parti sono stati un pochino stentati, richiedendo sempre un travaglio di 24 ore circa. Fino allo inizio della nona gestazione ha goduta perfetta salute A partire da quest'epoca, che risale a sette anni addietro, incominciò ad avvertire dolori in tutte le ossa, più forti però nella metà posteriore del bacino, e che divennero sempre più intensi fino al grado di non permetterle più la deambulazione, dal 4.° mese di gestazione in poi, e negli ultimi due mesi da non farle trovar riposo neppure nel letto, costringendola a passare i giorni e le notti sempre seduta. Dichiaratosi il travaglio del parto, dopo 24 ore si ruppero spontaneamente le membrane: siccome il parto non si compiva, furono chiamati due medici, i quali non vollero operarla e l'indussero a ricoverare nella Maternità dell'Ospedale degli Incurabili. Ciò avveniva il 15 giugno del 1883. Quivi, stando al racconto della paziente, dopo un'aspettazione di circa 6 ore, le venne applicato il forcipe e fu estratto un feto morto, abbastanza voluminoso. Il puerperio decorse normalmente, Allorchè, dopo 8 giorni, la donna abbandonò la Maternità, si accorse che le si era deformata la colonna vertebrale, fino allora normale, ed appiccolata la statura. Quaranta giorni dopo il parto fu però in grado di camminare, essendosi andati a mano a mano alleggerendo i dolori ossei fino a cessare del tutto. Per consiglio d'un medico si separò dal marito; ma dopo 6 anni, a 47 anni, credendo di aver

toccata un'età da non poter più concepire, ritornò alla vita coniugale, ma ben presto divenne gravida. Il 15 ottobre 1888 ebbe un flusso mestruale abbastanza scarso, il mese appresso non rivide le regole. Preoccupatasi grandemente della sua salute, mise in opera de' rimedii per abortire, ma, non riuscendovi, lasciò andare innanzi la gravidanza, durante la quale non ha avuto a soffrire dolori ossei. La donna si è nutrita sempre discretamente e non ha abitato mai case umide.

Status praesens. — Statura m. 1, 30. Stato generale abbastanza buono. Colorito della cute tendente leggermente al giallastro. Scheletro deformato nel tronco, ove notasi forte sporgenza della scapola sinistra e cifoscoliosi dorsale destra col maximum della curvatura tra la settima e l'ottava vertebra dorsale e scoliosi dorso-lombare sinistra di compenso. Gli arti, tanto superiori quanto inferiori, sono normali e fanno contrasto per la loro lunghezza col tronco che è notevolmente raccorciato. Il bacino presenta le note caratteristiche della deformazione osteomalacica: il pube è rostrato; l'arcata pubica è ridotta ad un'angusta fenditura da permettere appena l'introduzione dell'indice nella sua parte superiore; le tuberosità ischiatiche sono notevolmente ravvicinate; il sacro è fortemente incurvato secondo il suo asse longitudinale. La pelvimetria dà i seguenti dati:

Distanza fra le S. I. A. S. . . .	cm. 25, 5
» fra le creste iliache . .	» 30, 5
» fra i trocanteri . . .	» 27
Coniugata esterna	» 20
Diametro cocci-pubico	» 8
» bis-ischiatico	» 3, 5

Ventre a bisaccia. Feto vivo in presentazione della spalla destra in 2.ª posizione. Al disopra del fondo dell'utero e verso sinistra notasi un tumore della grandezza di una piccola arancia, duro ed alquanto spostabile, che si giudica stare in connessione con la matrice. Gravidanza al principio dell'8° mese.

Verso le 10, 30 pom. del 5 luglio compaiono i primi dolori di parto che vanno man mano rafforzandosi. Dopo un travaglio di 9 ore circa, con una dilatazione quanto una moneta di 5 franchi e membrane intatte, il il prof. Morisani si accinge al taglio cesareo. L'operazione vien condotta con le stesse norme del caso precedente. La dieresi uterina cade in parte sulla zona d'impianto della placenta, inserta nella parte alta della parete anteriore ed al fondo. 10 punti di sutura uterina esclusivamente muscolare e sutura del peritoneo a sopraggitto con filo di seta fenicata. Legatura di entrambe le tube faloppiane a circa metà del loro tragitto con filo di seta

al sublimato N. 3. Sul fondo dell'utero e a sinistra trovasi un tumore mio-fibromatoso della grandezza di una mela, leggermente peduncolato, la cui esistenza era stata già diagnosticata: se ne fa la escisione mercè due tagli a cuneo del peduncolo, e si sutura la perdita di sostanza residuale con tre punti profondi siero-muscolari e tre siero-sierosi, affrontando in superficie il peritoneo, con filo di seta fenicata. Toilette del cavo peritoneale e sutura dell'addome con punti profondi (12) e superficiali (4). Durata dell'operazione un'ora e 18 minuti.

Feto di sesso femminile, del peso di 3500 grammi, lungo 49, 5 cm. Diametri della testa: O. M. 13 cm.; O. F. 11, 5 cm.; S. O. B. 9, 7 cm.; B. P. 10, 2 cm.; B. T. 8, 5 cm. Circonferenza O. M. 38, 5 cm.; circ. O. F. 33, 5 cm.

Annessi fetali del peso di 500 grammi. Diam. mass. plac. 25 cm. Lunghezza del cordone ombelicale 51 cm.

Diario clinico del puerperio. — 6. VII. 1889. Sera: T. 38. 1; P. 124; R. 28. Meteorismo piuttosto notevole. Leggiera dolentia nel basso ventre. Sensazione di calore generale. Sete. Cateterismo. Morph. subcut. In seguito all'iniezione ipodermica la donna riposa per circa tre ore. Marsala, limonee diacce.

7. VII. Mattino: T. 37. 6; P. 116; R. 32. Sera: T. 38; P. 120; R. 28. Nel corso della notte si manifesta due volte il vomito. Aumenta il meteorismo per cui fa mestieri allentare la fasciatura. Urinazione spontanea. Latte ghiacciato con acqua di calce. Misture aromatiche. Morph. subcut.

8. VII. T. 37. 3; P. 114; R. 20. Sera: T. 37. 6; P. 120; R. 36. Sete e meteorismo ancor più accentuati. Dispnea. Vomito ripetuto di materiali verdastri. Dolori lancinanti nel ventre. Dietetica identica. Ether subcut. Punture multiple dell'intestino per aspirarne i gas. Due clisteri di idrato di cloralio.

9. VII. Mattino: T. 36. 3; P. 122; R. 30. Sera: T. 38. 9; P. 125; R. 32. Meteorismo enorme. Vomito. Forte dispnea e prostrazione delle forze. Polso filiforme. Scariche alvine fetidissime ed emissione di gas dal retto. Nel sospetto di versamento di liquido nel ventre, si rimuovono due punti della sutura addominale; dall'apertura vien fuori un'oncia circa d'un liquido siero-sanguinolento non fetido. Lavanda del cavo peritoneale con soluzione borica al 3 0[0 sterilizzata, indi si ricuce la ferita. Iniezione endo-uterina al sublimato (1: 1000). Compresse fredde sul ventre. Aspirazione dei gas intestinali mercè punture dell'addome. Clisteri con brodo e tuorli d'uovo. Mistura aromatica. Chinina e caffeina per iniezione ipodermica.

10. VII. Mattino: T. 37; P. 124; R. 39. Il vomito cessa, ma la diarrea continua, la depressione delle forze va sempre più crescendo, in

guisa che la paziente verso le 9 a. m. cade in istato di collasso e muore dopo un'ora.

Autopsia. — Viene eseguita 24 ore dopo il decesso dal collega dottor V. Gianturco, coadiutore nell'Istit. anatomo-patologico, per incarico avutone dal prof. Schrön. Dalla relazione del reperto trascrivo per brevità i particolari più interessanti: edema cerebrale; idrotorace a sinistra; edema pulmonare; leggero idropericardio; dilatazione delle cavità ventricolari del cuore. Nella cavità addominale si rinvengono circa 300 grammi di un liquido siero-ematico. Peritoneo parietale iperemico; rigonfiamento torbido e degenerazione grassa del fegato, degenerazione grassa della sostanza corticale de' reni. L'utero, della grandezza di una testa di feto a termine, col fondo a livello del bellico, ha un'altezza di 21 cent. Non esistono aderenze fra l'utero e la parete addominale. Il peritoneo uterino qua e là è discretamente iperemico. La ferita cesarea è perfettamente chiusa, e sul suo decorso si vedono i punti di sutura bene annodati. La superficie interna dell'utero non mostra alterazione di sorta; le vene uterine e periuterine sono normali. Nello spessore della matrice si trovano due tumori miomatosi sporgenti più dal lato della sierosa che da quello della mucosa, l'uno, della grandezza di una grossa mandorla, situato indietro ed in sotto del ligamento proprio dell'ovaio di destra; l'altro, del volume di un uovo di colombo, posto in sotto del punto di origine del ligamento rotondo destro.

Causa della morte: peritonite settica,

Credo utile far seguire una breve descrizione, non che le misure più importanti del bacino sprovvisto di parti molli, il quale si conserva nel Gabinetto annesso all'Istituto.

Le ali iliache sono poco accartocciate, ma abbastanza assottigliate, avendo nel mezzo lo spessore d'un foglio di carta. Il distretto superiore possiede la forma d'un cuore di carta da giuoco. Il promontorio del sacro è deviato alquanto verso sinistra; la branca orizzontale sinistra del pube presenta un'inflessione più pronunziata della destra. Pube atteggiato a rostro; l'arcata pubica della forma d'un omega, con la branca ischio-pubica sinistra più deturpata di quella del lato opposto; le tuberosità ischiatiche arrovesciate discretamente in fuori. Il sacro è considerevolmente incurvato in senso longitudinale, da formare un angolo di poco inferiore al retto in corrispondenza della 3.ª vertebra.

Coniugata vera	cm.	10, 2
Diametro trasverso dello stretto superiore .	»	12, 7
» obliquo destro	»	12, —
» obliquo sinistro	»	11, 2
Microcorda destra	»	8, 5
» sinistra	»	6, —

Distanza sacro-cotiloidea destra	cm.	7, 2
» sacro-cotiloidea sinistra	»	6, 5
Corda sacrale	»	9, 2
Saetta sacrale	»	4, 8
Distanza fra le spine ischiatiche	»	6, 5
Diametro cocci-pubico	»	9, —
» bis-ischiatico	»	4, 8

Caso III.

Sommario. — VII para. Stenosi pelvica assoluta da osteomalacia. Taglio cesareo col complemento della legatura delle trombe. Feto vivo. Madre morta.

Antonietta Vaccaro, di anni 42, da Gifoni (Calabria), donna di casa, viene accolta nella Clinica Ostetrica di Napoli il 31 gennaio 1890.

Anamnesi. — Bambina non soffrì malattia degna di nota. A 16 anni ebbe la prima mestruazione, la quale in seguito è apparsa costantemente ogni mese, se se ne esclude una pausa di sei mesi verificatasi dopo una caduta, con una durata media di 8 giorni ed in quantità piuttosto abbondante. A partire dai 26 anni, epoca in cui passò a marito, i catameni hanno avuto la durata di tre giorni, e sono stati piuttosto scarsi. È stata sette altre volte incinta. Soltanto la terza gravidanza rimase interrotta in terzo mese senza causa apprezzabile; le altre sei andarono a termine, e furono terminate da parti spontanei di feti vivi, meno nella quarta, in cui per la lunga durata del travaglio e per essere stata incolta da convulsioni nel momento dell'espulsione del feto, questo venne alla luce morto Nel 1884, sul principio della settima gestazione, incominciò ad avvertire dei dolori in corrispondenza delle ossa pelviche, i quali in puerperio divennero più forti, e furono percepiti in altre località dello scheletro, in guisa da rendere difficile la deambulazione. Successivamente i dolori ossei rimasero circoscritti al bacino, scomparendo quelli del resto dello scheletro. Ultima mestruazione al principio di giugno 1889. Verso il settimo mese dell'attuale gravidanza si accentuarono i dolori in corrispondenza delle ossa pelviche, e tornarono in iscena anche in altre parti dello scheletro, in modo da rendere alla paziente penoso qualsiasi movimento, e da costringerla permanentemente a letto.

Status praesens. — La donna non è in grado di reggersi in piedi, e il più piccolo movimento le produce vivi dolori. Statura media. Nutrizione scaduta. Piccola piaga di decubito alla regione sacro-coccigea. Sterno corto, arcuato all'innanzi. Cifosi ad ampia curva delle vertebre dorsali con leggera lordosi compensativa delle vertebre cervicali. La

porzione posteriore delle ultime sei coste fortemente arcuata all'indietro; di lato le coste decorrono quasi a piatto per arcuarsi allo innanzi solamente dal lato destro.

La pelvi è anche qui caratteristicamente deformata dal rammollimento osteomalacico (pube a foggia di rostro, arcata pubica ridotta ad un'angusta fenditura, ecc.) Le misure pelvimetriche sono:

Distanza fra le S. I. A. S.	cm.	23
» fra le creste iliache	»	28
» fra i trocanteri	»	27
Coniugata esterna.	»	18
Diametro cocci-pubico	»	8,2
» bis ischiatico	»	3,— (1).

Ventre a bisaccia. Feto in O. I. S. A. Maximum d'intensità dei battiti cardiaci fetali nel quadrante antero-inferiore sinistro. Gravidanza a principio dell'ottavo mese.

Durante il soggiorno nell'Istituto la paziente va spesso incontro a diarrea e varie volte ad attacchi di dispnea. Il 3 marzo si constata una bronco-pneumonite lobulare diffusa a sinistra. Durante la notte dal 3 al 4 la donna è tormentata da fortissima dispnea, e vi sono dei momenti in cui la respirazione si arresta completamente e vi ha perdita della coscienza.

Verso le 6 a. m. del 5 marzo si manifestano i primi dolori di parto, i quali sono piuttosto deboli. Temp. 36. 6. Espettorazione scarsissima. Le contrazioni uterine, che dopo 2 ore dal loro inizio erano cessate, tornano in iscena verso le 4 1[2 p. m., e alle 5 ha luogo la rottura spontanea del sacco delle acque: il liquido venuto fuori è tinto di meconio e fetido.

Alle ore 9. 10 p. m., dopo i soliti preparativi, con una dilatazione della bocca uterina di 4 cm. circa, il prof. Morisani procede al taglio cesareo. L'atto operativo non differisce dai precedenti, se non nella sutura della ferita cesarea, la quale vien praticata con 15 punti profondi a tutto spessore, cioè siero-muscolo-deciduali, mercè seta al sublimato (N. 3), mentre si rinunzia alla sutura siero-sierosa, poichè si ha fretta di completare al più presto l'operazione, stante le condizioni generali della donna. Legatura delle trombe a circa metà del loro decorso con filo di seta al sublimato N. 3, ed asportazione dell'ovaio destro affetto

(1) In questo e nei due casi precedenti, come pure nel caso riportato nel Capitolo seguente, venne messa a prova la dilatibilità del canale pelvico, senza però che le ossa in nessun caso mostrassero la minima cedevolezza.

da degenerazione cistica. Il plesso venoso utero-ovarico presenta un considerevole sviluppo; le trombe sono piuttosto sottili e flaccide, laddove i legamenti rotondi sono molto spessi. La placenta in questo caso aderiva alla parete posteriore verso sinistra.

Durata dell'operazione un'ora circa. Feto vivo di sesso femminile, del peso di grammi 3075, lungo 52, 3 cm. Diametri della testa: O. M. 12, 7 cm.; O. F. 10, 4; S. O. B. 9; B. P. 9, 1; B. T. 8, 1. Circonferenza O. M. 37 cm., circonf. O. F. 32 cm. Annessi fetali del peso di gr. 470; diam. mass. plac. 20 cm.; lunghezza del cord. omb. 77 cm.

Diario clinico del puerperio. — Subito dopo l'operazione la paziente andò incontro a gravi sintomi di collasso, ma si riebbe in seguito di una inalazione di ossigeno e all'amministrazione per via interna di alcool. Temperatura oscillante fra i 36. 7 e 37. 6; polsi 100 a 116; respiri 34 a 36.

6. III. Forte pirosi e sete intensa. Meteorismo che, man mano crescendo, consigliò di allentare la fasciatura dell'addome. Nel sospetto di versamento liquido nell'addome, alle 9. 25 pom. si rimossero due punti di sutura esterna, e si praticò una lavanda addominale con soluzione borica al 3 0[0 sterilizzata. Il liquido d'iniezione venne fuori tinto leggermente in sanguigno. Allora, per vincere il meteorismo, si praticò il cateterismo anale che riuscì infruttuoso, ed un enteroclisma con olio che diede luogo all'emissione di scarsa quantità di materie fecali dure e fetide, dopo di che il meteorismo scemò considerevolmente. Ma poco dopo la paziente cominciò ad accusare forti dolori al ventre, e verso le 11. 35 pom. cadde in collasso, malgrado l'uso degli eccitanti, e morì un'ora appresso. Nelle ultime dodici ore la temperatura aveva oscillato fra 36. 1 e 37. 5, i polsi fra 85 e 120, i respiri fra 37 e 42; la lochiazione era stata normale.

Autopsia. — Venne eseguita dal prof. Schrön. Del reperto necroscopico mi limito per brevità a riferire le particolarità che m'interessano più da vicino: Nefrite parenchimale ed interstiziale cronica. Ipertrofia concentrica del ventricolo sinistro. Pulmonite acuta in via di risoluzione nel lobo inferiore del pulmonare destro. Bronchite acuta diffusa. Degenerazione grassa incipiente del fegato. Leggero tumore di milza. Idrope-ascite e idrotorace. Leggero edema pulmonare e cerebrale.

Organi genitali in condizioni normali. I punti di sutura della ferita cesarea chiudono bene, e la ferita mostrasi in via di guarigione.

Epicrisi. — La causa prima nella morte in questo caso va addebitata alla nefrite cronica preesistente, la quale si complicava con fatti acuti pulmonari e bronchiali, mentre non si può mettere sul conto di un processo infettivo puerperale, non essendosi all'autopsia trovata alcuna alterazione evidentemente riferibile ad esso.

TABELLA DEI CASI DI LEGATURA DELLE TRO

Numero progr.	Data	Operatore e località	Età Numero delle gravid. pregresse	Indicazione	Particolar della legatu delle trom
1	22. V. 1880.	Lungren Toledo (Ohio).	34 anni, II para. Nel parto antecedente: sectio caesarea.	Bacino piatto-rachitico, universalmente ristretto. C. V. 2-1[4 pollici.	Legatura a circa un di distanza dall'ins uterina con robust seta.
2	18. VII. 1885.	Kower Leyden (Clinica Ostetrica diretta da Simon Thomas).	35 anni, I para.	Bacino leggermente asimmetrico, universalsalmente ristretto. C. D. 8,5 cent. Diam. bisischiatico 7 cent.	Legatura in un pu dio fra la inserzio rina e la fimbria con robusto filo di
3	21. III. 1888.	Champneys Londra (St. George's Hospital).	21 anni, II para. Nella gravid. precedente: parto prematuro artificiale e craniotomia al settimo mese.	Bacino piatto universalmente ristretto, non rachitico. C. V. 1 poll. 3[4.	Legatura a circa me lunghezza, in un pu ve gli ovidutti era coli, arrotonditi, a espandersi nell'a con tendine di can laccio fu passato m ago di aneurisma, e in guisa da dissecca to il tessuto tubar
4	17. XII. 1888.	Zweifel Leipzig (Istituto Ostetrico-Ginecologico).	31 anni, VIII para. 1.° e 2.° parto craniotomia; 3.ª gravidanza: parto prematuro artificiale. Gemelli entrambi morti; 4.° parto: forcipe Feto vivo, morto dopo 6 mesi; 5.° e 6.° parto: craniotomia; 7.° parto (22. VI. 1887) sectio caesarea. Feto vivo.	Bacino piatto, universalmente ristretto. C. V. 7,5 cent.	Legatura con silk-v
5	9. I. 1889.	Falaschi Siena (Clinica Ostetr.)	31 anni, I para. Un aborto a 2 mesi.	Bacino piatto rachitico, universalmente ristretto. C. V. 5,1-5,3 cent.	Legatura a metà di tragitto con seta di N. 2. (Asportaz una cisti sierosa lare del paraovari nistra del volume arancia).

COMPLEMENTO DI TAGLIO CESAREO.

Esito		Stato postumo dell'operata	Nota bibliografica
	Feto		
e.	Vivo.	Otto settimane dopo l'operazione la donna ebbe una perdita identica nell'aspetto alla mestruale che durò cinque giorni, accompagnata per un giorno da dolori alla regione ovarica sinistra, alle anche, alle cosce. Quattro settimane più tardi essa mestruò di nuovo con disturbi non maggiori di quelli che avesse abitualmente. Dopo queste ultime regole fino all'epoca della pubblicazione del lavoro dell'A., l'operata rivide la mestruazione una sol volta. È ignoto l'ulteriore decorso del catamenio.	Loco citato.
	»	Stato generale affatto sano. Mestruazione ogni 4 settimane, normale per durata e quantità.	Loco cit., e comunicazione epistolare dell'Operatore in data del 12. I. 1889.
	»	4 giugno 1890. La donna scrive all'Operatore di godere perfetta salute. I catameni, riapparsi 11 settimane dopo l'atto operativo, sono stati normali per ritorno (ogni 21 giorni), durata (4 giorni) e quantità del sangue, senza differenza da quello che erano prima dell'operazione. La donna è nubile e pare non abbia più avuto rapporti sessuali.	« A case of caesarean section for contracted pelvis. » Loco cit., pag. 136-52, e comunicazione dell'Operatore in data del 20. VI. 1890.
	»	La mestruazione ricomparve dopo 16 settimane e d'allora in poi regolarmente ogni mese della durata di 3 giorni, in quantità non molto abbondante. Stato generale soddisfacente. (Comunicazione epistolare della donna in data del 18 dicembre 1889). L'operata non ha avuto a risentire disturbi pel fatto della legatura (Comunicazione di Zweifel alla Società Ostetrica e Ginecologica di Lipsia nella seduta del 25. V. 1891. *Centr. f. Gynaek.*, 1891, N. 35, p. 730).	Caso comunicato alla Società Ostetrica e Ginecologica di Lipsia nella tornata del 17 dicembre 1888. *Centralbl. f. Gynaek.*, 1889, N. 13, p. 227. Narrazione in extenso nella pubblicazione del dottor Hertzsch: « Sieben weitere Beiträge zur Lehre vom conservativen Kaiserschnitte. » *Arch. f. Gynaek.* Bd. XXXVII, Hft. 1.
	»	Il 13 marzo 1889 la donna rivede le regole, che sono piuttosto abbondanti e della durata di giorni sei, senza disturbo di sorta. Utero un po' più voluminoso del normale, tutto fuori del piccolo bacino, leggermente deviato a sinistra, molto spostabile dall'avanti all'indietro, un poco nel senso laterale. Il 12 aprile riappare la mestruazione preceduta per due giorni da senso d'indolenzimento alla regione ovarica sinistra, della durata di soli 4 giorni. La donna sta benissimo, ha bel colorito e si lagna del più piccolo incomodo. (Comunicazione epistolare dell'Operatore in data del 26. IV. 1889). La mestruazione continua a mantenersi regolarissima per periodo, anticipando sempre quando di 2, quando di 3 giorni, e senza essere accompagnata da disturbo alcuno. La durata delle regole si è fatta alquanto minore, non oltrepassando quasi mai i 4 giorni, mentre prima dell'operazione durava in media 5 giorni. La salute generale si mantiene eccellente. È ingrassata. (Comunicazione epistolare dell'Operatore in data del 9. VII. 1890).	Operazione cesarea col metodo conservatore (processo del Sänger) con esito felice per la madre e per il feto. Storia clinica e considerazioni scientifico-pratiche. Siena, 1889.

Numero progr.	Data	Operatore e località	Età Numero delle gravid. pregresse	Indicazione	Particolari della legatu delle trome
6	22. IV. 1889.	Morisani Napoli (Istituto Ostetrico-Ginecologico).	40 anni, VI para.	Bacino osteomalacico. Indicazione assoluta.	Legatura a circa m tragitto con filo d Num. 3.
7	8. V. 1889.	M. Cameron Glasgow (Maternity Hospital).	18 anni, I para.	Bacino piatto-rachitico, universalmente ristretto. C. V. 1 poll. 1[4.	Legatura nel punto di del 3.° esterno col 3. del canale con seta f
8	6. VII. 1889.	Morisani Napoli (Istituto Ostetrico-Ginecologico).	47 anni, X para.	Bacino osteomalacico. Indicazione assoluta.	Legatura a circa m tragitto con filo di sublimato N. 3.
9	8. X. 1889.	M. Cameron Glasgow (Maternity Hospital).	23 anni, I para.	Bacino piatto-rachitico. C. V. 2 pollici.	Legatura come nel caso (N. 7).
10	21. X. 1889.	P. Horrocks Londra.	—	Bacino ristretto.	Legatura nella pa sottile del canale i nanza del suo punto con tendine di can
11	5. III. 1890.	Morisani Napoli (Istituto Ostetrico-Ginecologico).	42 anni, VII para.	Bacino osteomalacico. Indicazione assoluta.	Legatura a circa m tragitto con filo di sublimato, N. 3. (A zione dell' ovaio de fetto da degenerazi stica).
12	11. IX. 1890.	M. Cameron Glasgow (Maternity Hospital).	24 anni, I para.	Bacino piatto-rachitico. C. V. 2 pollici.	Legatura come nel 1
13	28. X. 1890.	Lo stesso ivi	19 anni, I para.	Bacino ristretto. C. V. 1 poll. 3[4.	Idem.
14	10. XII. 1890.	Lo stesso ivi	28 anni, I para.	Bacino ristretto. C. V. 1 poll. 3[4.	Idem.

SITO		STATO POSTUMO DELL'OPERATA	NOTA BIBLIOGRAFICA
	FETO		
.	Vivo.	12. V. 1890. La donna dal momento in cui fu dimessa dall'Istituto non ha più lasciato il letto. Si è alimentata anche peggio di prima, essendole venuto meno l'appoggio del marito, il quale l'abbandonava, perchè non più atta a compiere i doveri coniugali. La nutrizione generale è sensibilmente scaduta. Se qualche tempo dopo l'operazione poteva muoversi alquanto, senza provare forti dolori, da 5-6 mesi in qua ogni piccolo movimento riesce oltremodo doloroso. I dolori vengono percepiti dappertutto, ma sono più intensi in corrispondenza dell'arto superiore ed inferiore destro, specie nella mano e nel ginocchio. I catameni non sono più riapparsi. Non è possibile di fare l'esame bimanuale per rilevare la condizione delle trombe, stante l'angustia pelvica cresciuta ancora dippiù; palpando dalla via dell'ipogastrio non si notano tumefazioni apprezzabili in corrispondenza degli annessi uterini. A nulla valsero le mie premure per indurre la paziente a farsi operare di castrazione. La medesima andò sempre più peggiorando, e soccombè addì 3. XII. 1890 con fenomeni bronco-polmonari (Osservazione personale).	Narrazione in extenso a pagina 177 e seg.
	»	Il 15 giugno comparve dalla vagina uno scolo sanguinolento in piccola quantità, accompagnato da dolori ai lombi e dagli altri fenomeni della mestruazione. Decorso successivo delle regole fisiologico. Nessun disturbo pelvico.	Loco cit., *Brit. med. Journ.*, 15, March 1890.
	»	—	Narrazione in extenso a pagina 181 e seg.
e.	»	Le regole riapparvero normalmente dopo l'operazione e il loro modo di comportarsi in seguito è stato fisiologico. Nessun disturbo pelvico.	Loco cit., *Brit. med. Journ.*, March 7, 1891, p. 513., e comunicazione epistolare dell'Operat. in data del 30. XI. 1891.
	»	La donna divezzò il bambino in poche settimane, ma le regole non riapparvero che dopo parecchi mesi; però dall'epoca del loro ritorno in poi sono state normali. La donna ha avuto a lamentarsi di dolori nel ventre, de' quali si ignora la causa, non avendo potuto H. rivedere l'operata.	Caso comunicato brevemente dall'Operatore alla Società Hunteriana di Londra nella tornata del 25. III. 1891 (*Brit. med. Journ.*, april 4, 1891, p. 758) e comunicazione epistolare dello stesso in data del 3. XI. 1891.
	»	—	Narrazione in extenso a pagina 185 e seg.
e.	»	La mestruazione ricomparve normalmente dopo l'operazione ed in seguito è stata regolare. Nessun disturbo pelvico.	*Brit. med. Journ.*, March 7, 1891, p. 513 e comunicazione epistolare dell'Operatore in data del 30. XI. 1891.
	† parecchie ore avanti la operaz.	Idem.	Ibid.
	»	Idem.	Ibid.

Numero progr.	Data	Operatore e località	Età Numero delle gravid. pregresse	Indicazione	Particolari della legatur delle tromb
15	13. XII. 1890.	M. Cameron Glasgow (Maternity Hospital).	24 anni, I para.	Bacino ristretto. C. V. 1 3|4 pollici.	Legatura come nel 1.°
16	16. XII. 1890.	Lo stesso ivi	24 anni, III para.	Bacino ristretto. C. V. 2 3|8 pollici.	Idem.
17	16. II. 1891.	Lo stesso ivi	28 anni, I para.	Bacino ristretto. C. V. 2 pollici.	Idem.
18	19. II. 1891.	Crimail Pontoise (Hôtel-Dieu).	25 anni, II para. Nel 1.° parto: sectio caesarea. Caso 174.° della mia casuistica in: *Annali di Ostetricia*, ecc., 1889.	Bacino universalmente ed uniformemente ristretto (nana). C. V. 4,8 cm.	Doppia legatura di cia tuba con seta feni circa 5 cent. di di dall' inserzione uter successiva del cana mezzo al tratto legat
19	12. III. 1891.	M. Cameron Glasgow (Maternity Hospital).	19 anni, I para.	Bacino ristretto. C. V. 2 pollici.	Legatura come nel 1.°
20	10. IV. 1891.	Lo stesso ivi	30 anni, II para.	Bacino ristretto. C. V. 1 3|4 pollici.	Idem.
21	29. VI. 1891.	O. Morisani Napoli (Maternità dell'Ospedale degli Incurabili).	19 anni, I para.	Bacino rachitico, con spondylolisthesis. (La donna presenta nello scheletro tracce evidenti di rachitismo. All' età di circa 3 anni sdrucciolò da una scala alta 5-6 m. per cui rimase senza poter camminare fino a 8 anni. Notevole lordosi lombosacrale). C. D. 6,7 cm. circa. Distanza dal punto più prominente della 5.ª vertebra lombare al marg. infer. della sinfisi pubica 5,5 cm. circa.	Legatura a circa me tragitto con filo di N. 3.
22	20. VIII. 1891.	M. Cameron Glasgow (Maternity Hospital).	25 anni, I para.	Bacino piatto-rachitico. C. V. 1 3|4 pollici.	Legatura come nel 1.°
23	30. IX. 1891.	Lo stesso ivi	31 anni, I para.	Bacino piatto-rachitico. C. V. 2 1|2 pollici.	Idem.
24	9. XI. 1891.	Lo stesso ivi	19 anni, I para.	Bacino ristretto. C. V. 2 1|4 pollici.	Idem.

(1) Non ho registrato in questo quadro il caso di Tuffier (« Opération césarienne pour une grossesse comp trattò di un vero taglio cesareo, essendo stata praticata la gastroisterotomia allo scopo d'interrompere la gravidan laparotomia nell' impossibilità di compiere per le vie naturali l' interruzione della gravidanza (Risc. anche in pr

Esito		Stato postumo dell'operata	Nota bibliografica
ore	Feto		
gione.	† parecchie ore avanti l'operaz.	La mestruazione ricomparve normalmente dopo l'operazione ed in seguito è stata regolare. Nessun disturbo pelvico.	*Brit. Med. Journ.*, March 7, 1891, p. 513, e comunicazione epistolare dell'operatore in data del 30. XI. 1891.
	»	Idem.	Ibid.
	»	Idem.	Ibid.
	Vivo.	La mestruazione, ricomparsa nel giugno, non si fa più rivedere fino al 25 novembre; ma da quest'epoca in poi la medesima si è presentata regolarmente senza essere accompagnata da dolori, i quali hanno fatto assolutamente difetto anche negli intervalli mestruali. Stato generale eccellente.	« Opération césarienne pratiquée pour la seconde fois avec succès pour la mère et l'enfant. » *Annal. de Gynéc.*, mai 1891, p. 372-377, e comunicazione epistolare dell'Operatore in data del 5. II. 1892.
	†	—	Caso inedito. Comunicazione epistolare dell' Operatore in data del 4. XII. 1891.
ione.	Vivo.	Mestruazione regolare. Nessun disturbo pelvico.	Caso inedito. Comunicazione epistolare del 4. XII. 1891.
	»	Il 29 luglio riapparvero le regole per la durata di 7-8 giorni, in quantità un po' più abbondante, ma senza dolori. Nei mesi successivi, fino al dicembre, la mestruazione si manifestava su per giù con gli stessi caratteri, mentre nei mesi di gennaio e febbraio la durata del catamenio è stata di 3 giorni, come avanti l'operazione. Verso la fine di settembre si formava nella cicatrice ventrale un seno fistoloso, attraverso il quale veniva fuori un pezzo di fil di seta appartenente alla sutura dell'utero. Dopo son venuti fuori attraverso la medesima via 5 altri pezzi dello stesso filo. Portio vaginalis quasi a livello del margine superiore della sinfisi pubica. Corpo dell'utero aderente intimamente alla parete addominale nell'ambito della cicatrice ventrale. Nessun apprezzabile ingrossamento delle trombe. Stato generale eccellente. (25. II. 1892).	Comunicazione dell'Operatore ed osservazione personale.
	»	Mestruazione regolare. Nessun disturbo pelvico.	Caso inedito. Comunicazione epistolare dell'Operatore in data del 4. XII. 1891.
	»	Idem.	Caso inedito. Comunicazione epistolare dell'Operatore in data del 4. XII. 1891.
	»	Idem.	Caso inedito. Comunicazione epistolare dell'Operatore del 4. XII. 1891. (1).

ayomes de l'utérus et du legament large. » *Annal de Gynécol.*, 1889, novembre, pag. 321), perchè in esso non si al sesto mese, onde opporsi al rapido deperimento della donna affetta da miomi multipli. T. faceva ricorso alla sante dissertazione del Pestalozza: « Fibromi d' utero e gravidanza. » Pavia, 1890, pag. 101).

Dall'esame del quadro esposto, per quanto concerne i particolari della legatura delle trombe, si rileva:

1.° che in tutti i casi venne fatta la semplice legatura meno in quello di Crimail, in cui si praticò la doppia legatura con successiva recisione del canale nel tratto legato;

2.° che le trombe furono legate in 13 casi (quelli di Cameron) al punto di unione del 3.° medio col 3.° esterno, in 9 casi a metà circa del loro tragitto, in 1 ad un pollice di distanza dall'inserzione uterina, (ignoro per un caso il punto della legatura);

3.° che in 21 casi il materiale adoperato per la legatura fu la seta, in 2 il tendine di canguro, in 1 il silk-worm.

Circa poi il valore di questa pratica per rispetto al risultato prossimo, sembrami lecito l' affermare, che non essendo la medesima capace di aggiungere gravezza all'operazione di cui è complemento, il prognostico di quest' ultima non ne rimane affatto alterato.

Riguardo infine allo stato postumo delle operate, di cui ho cercato con la maggior possibile diligenza di venire a cognizione (1), dalla tabella si desume:

che in nessuna delle donne, in cui ha continuato ad aver luogo la coabitazione, si è avuto a registrare un ulteriore concepimento;

che tutte le operate, ad eccezione di quella di Morisani (N. 6 del quadro) (2), hanno seguitato ad avere la mestruazione (3), il cui modo di

---

(1) Colgo volontieri quest'occasione per ringraziare ancora una volta gli egregi Operarori Kower, Champneys, Falaschi, Cameron, Horrocks e Crimail per la cortesia usatami inviandomi le notizie relative.

(2) Dell'amenorrea avutasi in questo caso è lecito trovare la spiegazione nel decorso decisamente progressivo assunto dal morbo osteomalacico, dopo un leggiero miglioramento avutosi in puerperio, e nel peggiorato regime alimentare, cui la paziente dovette sottostare.

(3) Lungren comprese l' importanza di notare in qual maniera si comportasse la mestruazione dopo la legatura delle tube; e del risultato avutosi nella sua operata dava notizia nella sua pubblicazione (vedi quadro). Simon Thomas riconobbe *a priori* che le donne operate di legatura delle tube in occasione del taglio cesareo potessero seguitare ad avere il tributo mensile; ed egli, considerando il catamenio come una funzione niente affatto indifferente per l'organismo della donna, consigliò di preferire questo metodo di sterilizzazione all'operazione del Porro. Horrocks, nella discussione fattasi intorno alla comunicazione del caso di Champneys (loco cit.), rilevava il fatto, per lui veramente interessante dal lato fisiologico, del persistere della mestruazione nella relativa operata; e questa era una delle ragioni per cui egli preferiva la legatura delle trombe all'ablazione degli annessi. Lo stesso A. faceva anche riflettere che la normale continuazione delle regole parla contro l'asserzione, secondo la quale la mestruazione ri-

comportarsi è stato su per giù analogo a quello che era avanti l'atto operativo;

che le operate non hanno avuto a lagnarsi di disturbi riferibili a collezioni nelle trombe (Hydro ed Haemato-salpinx), nè a versamento di sangue nel peritoneo pelvico (Haematocele).

---

ceverebbe un notevolissimo impulso dal nervo o dai nervi decorrenti lunghesso le trombe verso l'utero; e nel caso anzidetto sarebbero stati compresi nella legatura per lo meno alcuni di essi quasi certamente, donde il valore dell'osservazione clinica. L'essere riapparsa regolarmente la mestruazione in tutti i casi (meno in uno) da me raccolti, conferma pienamente questa considerazione di Horrocks. Inoltre, il continuare del catamenio in seguito alla legatura delle trombe depone contro la teoria mestruale del Löventhal (« Neue Deutung des Menstruationsprocesses. » *Arch. f. Gynäk.*, Bd. XXIV. Hft II, pag. 169-261), la quale ammette come condizione indispensabile per la produzione del flusso mestruo la presenza dell'uovo sulla mucosa dell'utero, e non fecondato. Ora il fatto che il processo mestruale, a malgrado dell'impermeabilità delle trombe prodotta dalla legatura, perdura, è sufficiente a togliere ogni fondamento a questa teoria.

(*Continua*).

R. SCUOLA DI OSTETRICIA IN VENEZIA

Prospetto Clinico per l'anno 1891

DEL

Prof. PAOLO NEGRI

Direttore della Scuola.

Il direttore di un publico istituto, sia questo grande o piccolo, sente sempre il bisogno di sottoporre al giudizio dei più, dei lontani, il proprio operato. Questo motivo è certo il più potente sprone alle pubblicazioni che giornalmente vengono alla luce sotto la forma di rendiconti clinici, di prospetti, di riassunti. Se questo è anche per l'estensore del presente *prospetto* la ragione principale della pubblicazione, non è tuttavia la sola È scopo eziandio dello scritto il confutare, il dimostrare erronee certe asserzioni gratuitamente e senza ragione lanciate allo indirizzo della clinica ostetrica di Venezia, da chi, ciò facendo, ha dimostrato chiaramente di nulla sapere intorno ai fatti che in essa clinica avvenivano.

Tranquilli del nostro operato, noi domandiamo il giudizio degli imparziali, dichiarando senz'altro, di essere affatto indifferenti ad accuse mosse da chi non crediamo nè sufficientemente edotto dei fatti, nè sufficientemente spassionato nel giudizio.

Nell'anno decorso (1.° gennaio-31 dicembre 1891), furono registrati nella clinica ostetrica di Venezia N. 305 parti: è questo numero superiore a quello delle annate antecedenti: le cause di tale aumento possono ricercarsi in vari fattori, fra loro i più disparati; anzitutto l'aumento è in armonia col numero delle nascite avvenute nell'anno stesso nel comune di Venezia, leggermente superiore a quello del pre-

cedente 1890; in secondo luogo il disagio, conseguenza della crisi specialmente industriale, che ovunque si fa sentire, determina un sempre crescente numero di donne legittimamente unite in matrimonio a domandare ricovero alla clinica: finalmente è anche permesso il credere che l'andamento dei parti e dei puerperi, abbia fatto in qualche modo aumentare la fiducia nell'assistenza ostetrica entro la clinica.

Certo che l'aumento è progressivo con quasi costante regolarità, come può accorgersi dallo specchietto seguente, che segna il numero annuale dei parti nel quinquennio ultimo, durante il quale io ebbi l'onore di dirigere la R. Scuola e clinica:

1887	parti	N. 224	1344.
1888	»	» 251	
1889	»	» 288	
1890	»	» 276	
1891	»	» 305	

Non essendo il presente che un semplice *prospetto clinico,* tralascio molti di quei dati che pure essendo elementi di non disprezzabile valore, tuttavia per dare attendibili risultati debbono venir tratti da gran cumulo di fatti. Sarà questa parte compita da chi vorrà raccogliere in un vero e proprio *rendiconto clinico* tutti i fatti osservati e registrati nell'intero quinquennio 1887-1891.

E così pure anche della massima parte dei fatti in qualche modo interessanti osservati, sarà solo brevemente parlato, non essendo questo il luogo di troppo minutamente esporli; solo per quanto riguarda il puerperio, sarà ricordato qualche più minuto particolare.

I. Gravidanza gemellare.

(Parti Num. 305. — Gravid. comp. 4 ossia 1. 3 per 0[0).

I. N. 9, 1891. — B. E., in P..., di anni 33, IVpara. Ultima mestruazione dal 20 al 26 giugno. Accolta il 14 aprile in gravissimo stato. In quel dì raccontava che da circa un mese notava aumento di volume agli arti inferiori, poi gonfiezza all'addome, al dorso; affanno

di respiro, accessi di soffocazione. Nella notte precedente la difficoltà di respiro era talmente intensa che un pratico chiamato praticò un salasso, e consigliò alla donna il pronto accoglimento nella clinica.

All'esame si riscontrò: anassarca. Cuore pulsante con la punta nel 6.° spazio, 1.° tono soffiante. Polso piccolo 120 al minuto. Oscillazione esagerata delle carotidi; jugulari distese. All'albero bronchiale segni di stasi diffusa. Respiro 32-36 al minuto. Circonferenza addominale 113 cm. a livello del bellico, impossibile un esame attento del ventre dovendo la donna mantenersi costantemente in posizione semi eretta, causa la dispnea.

L'urina in copia scarsa, raccolta, contiene *albumina in discreta quantità.*

Subito dopo compiuto l'esame alle 10 1|2 ant., si decide di determinare artificialmente lo svuotamento dell'utero. *Rottura artificiale delle membrane*, a collo uterino ancora formato ma assai rammollato e cedevole; cola liquido amniotico tinto in verde. Alle 11 ant. la donna è in preda a forte dispnea, si amministra il benzoato di soda e caffeina.

Alle 2 pom. le contrazioni uterine si vanno risvegliando senza aggravamento nelle condizioni della donna. Si approfitta di questo periodo per un esame attento del ventre: ne risulta il concetto di una gravidanza composta; con feti in presentazione di vertice, l'uno con il dorso a sinistra, l'altro con il dorso a destra.

Ore 5 pom. Espulsione del 1.° feto, femmina viva, sana, bene conformata, gr. 2750, lungo cm. 48, vertice O. I. S. A.

Ore 5. 15 pom. Rottura delle membrane del secondo sacco e subito dopo espulsione del 2.° feto, femmina viva, sana, bene formata, gr. 2630, lunga cm. 47. Non aggravamento nello stato della donna.

Ore 5. 35 pom. *secondamento* lievemente accelerato con un po' di spremitura e qualche trazione sui cordoni, due placente e due sacchi completamente separati del peso rispettivo di gr. 630 e 550. Non emorragia. T. 37. 3, P. 124, R. 32. Donna calma, utero retratto.

Il puerperio fu assolutamente normale dal punto di vista ostetrico: rapidamente decrebbero gli edemi in guisa da esserne scomparsa ogni traccia in ottava giornata: pure a quest'epoca mancava ogni traccia di albumina, il polso che da 110 oscillava a 140 al minuto, era ora disceso a 92. In 12.ª giornata domandò di uscire in buone condizioni generali: anche il soffio avvertito alla punta del cuore si era fatto più dolce e limitato unicamente alla regione della punta. La cura medica fu la lattea e l'uso della caffeina. Esce il 28. 4. 91.

II. N. 162, 1891. — S. L. mar. V., d'anni 40, accolta il 1 giugno. Precedettero 18 gravidanze. Nel dì 16 giugno sottoposta all'esame si

stabilisce trattarsi di gravidanza composta con feti vivi in presentazione di vertice. Al 10 luglio si compie il parto.

1.° feto, presentazione Sp. d.ª C. A. I. D., a dilatazione completa e sacco integro si fa il *rivolgimento podalico interno* sul piede sinistro e lo si fa seguire dalla *estrazione manuale*. Femmina viva gr. 3480 lunga cent. 50. — 2.° feto, Vertice S. A., rallentamento del battito cardiaco. *Forcipe Simpson* alla parte alta dello scavo. Maschio vivo gr. 3300, lungo cm. 50. Espulsione degli annessi alle ore 1.45 ed 1.47, pesanti gr. 550 e 450 e costituiti da due placente, completamente distinte con sacchi assolutamente separati.

Puerperio affatto normale: esce il 20 luglio.

III. N. 180, 1891. — Z. R. in M., di anni 25, accolta il 27 luglio, terzigravida. Non sa precisare la data dell'ultima ricorrenza mestruale. In un primo esame 27. 7. 91, si emette la diagnosi di gravidanza semplice, in un secondo esame fatto al momento del parto si sospetta la gravidanza composta.

1.° feto, parto il 1 agosto ore 3,20 pom. Femmina viva sana V. O I. D. P. R., gr. 2740, lunga cm. 46 1[2. — 2.° feto, parto il 1 agosto, ore 3. 50 pom. Femmina natiche S. I. S. P. pesa gr. 1500, lunga cm. 41, denutrita.

Ore 4 pom. espulsione degli annessi, due placente e due sacchi completamente distinti. Gli annessi del 1.° pesano gr. 460, quelli del 2.° gr. 260.

Puerperio affatto fisiologico. La madre esce con le bambine il dì 8 agosto 1891 per sua volontà.

IV. N. 295, 1891. — G. F., in A., di anni 34 VIIIpara, accolta il 2 novembre 1891. Nell'esame del 4 novembre 1891 si stabilisce la gravidanza composta, con feti vivi, il 1.° in presentazione di V. S. A., il 2.° di V. in D. P. e posti l'uno al davanti dell'altro.

Parto il 17-18 dicembre.

1.° feto, ore 11. 40 pom. del 17 dicembre 1891, femmina viva, V. S. A., gr. 3300. — 2.° feto, ore 0. 20 ant. del 18 dicembre 1891, maschio V. D. P. R. Maschio vivo, gr. 3250.

Pochi minuti dopo l'espulsione del feto 2.° con lieve spremitura furono espulsi gli annessi; constano di due placente e due sacchi distinti. Gli annessi del 1.° feto pesavano gr. 440, quelli del 2.° gr. 550. Dopo l'uscita del 1.° feto fu espulso un grumo pesante gr. 320, un 2.° con gli annessi del peso di gr. 370.

Puerperio assolutamente fisiologico. Esce il 26 dicembre con i due bambini.

II. Aborto.

(Parti Num. 305. — Aborti Num. 13 ossia 4.2 p. 0[0).

I. N. 21, 1891. — Accolta il 19 gennaio. VIIpara. Fu portata in clinica dopo profusa emorragia ed espulsione del prodotto del concepimento (uovo di due mesi). Fu esaminata ripetutamente all'esterno senza cautela alcuna antisettica. Disinfezione esterna-interna. *Estrazione digitale di resti di uovo e della decidua.*

Puerperio normale. Esce il 31 gennaio.

II. N. 39, 1891. — Accolta il 6 febbraio. XIpara. Entra con emorragia e subito dopo accolta si vide fra i genitali un fetino. Disinfettato il canale interno, si praticò l'esame e si trovò annessi nella cavità uterina, collo formato ma permeabile al dito: ore 11 1[2 ant. temp. 37. P. 92. Non essendovi emorragia si attese. Ore 4 pom. T. 38. 92; si decide di intervenire. Estrazione degli annessi mediante il *raschiamento con il cucchiaio tagliente, spazzolamento,* cauterizzazione con acido fenico e tamponamento uterino con garza al iodoformio. Non si ricorse alla anestesia. Gli annessi così estratti a frammenti pesavano gr. 60.

Puerperio normale. Esce il 14 febbraio.

III. N. 99, 1891. — Di anni 33, Vpara, accolta il dì 8 aprile per emorragie continuate *Mola idatigena* del peso di gr. 570.

Continuando nel puerperio abbondanti lochi sanguigni, si pratica senza anestesia, il *raschiamento con il cucchiaio tagliente* e si *tampona la cavità uterina.* Esito consecutivo completo. Esce il 13 giugno.

IV. N. 190, 1891. — Di anni 28, IIIpara. Accolta il 13 agosto. È in corso d'aborto (2.° mese), dai genitali cola materia nerastra odorosa. T. 37. 7, P. 76. Con l'esame si trova l'orificio uterino occupato da un corpo irregolare, lievemente sporgente allo esterno e che si ritiene l'uovo in decomposizione.

Estrazione strumentale, spazzolamento della cavità del collo e del corpo e cauterizzazione con acido fenico puro. Puerperio affatto regolare. Vuole uscire il 20 agosto 1891.

V. N. 207. 1891. — Z. C. di anni 39, accolta il 14 agosto, VIpara, In convalescenza di peritiflite. Aborto in corso, con abbondante raccolta di sangue nel cavo uterino, e lieve stillicidio sanguigno. Il 31 agosto si fa la *dilatazione incruenta del collo* uterino (dilatatori metallici),

indi lo svuotamento del cavo uterino. Si estraggono gr. 360 di sangue deposto a strati di antica data, un feto dell' apparente età di 3 mesi di vita intrauterina e gli annessi fetali del peso di gr. 80. Il tutto si compie senza anestesia *con il cucchiaio tagliente.* Puerperio normale, esce il 10 settembre.

VI. N. 220, 1891. — N. N., di anni 24, accolta il 12. 9. 91, IVpara. In travaglio da cinque giorni, gravida nell' inizio del sesto mese, *esplorata ripetutamente a domicilio.* Distocia per anormale resistenza di tutto il collo uterino da *neoformazione fibrosa diffusa.* Morte del feto che si presenta con il podice; *dilatazione incruenta* del collo, *estrazione forzata del tronco, schiacciamento del capo.* Feto maschio pesante gr. 730 senza parte di sostanza cerebrale. Secondamento *con la spremitura*, spazzolamento del cavo uterino. Puerperio lievemente febbrile ne' primi tre dì, indi assolutamente apiretico. Esce in buono stato il 22 settembre.

VII. N. 229, 1891. — N. N., di anni 22, Ipara, accolta il 2. 19. 91. Entra in clinica narrando di aver partorito qualche ora prima un fetino a domicilio, con i caratteri del feto nel terzo mese.

Si compie in clinica la *estrazione istrumentale* (pinza) degli annessi del peso complessivo di gr. 180. Indi *spazzolamento* e *cauterizzazione* del cavo uterino con soluz. fenica al 50 0[0. Puerperio normale. Al terzo dì vuole assolutamente uscire 23. 9. 91.

VIII. N. 246, 1891. — N. N., di anni 18, IIIpara, accolta il 9 ottobre alle 7. 30 pom. *Espelle per le natiche* (S. I. S. A.) un maschio morto e macerato del peso di gr. 860. Secondamento spontaneo (annessi pesanti gr. 340). Puerperio fisiologico. Esce il 17 ottobre.

IX. N. 249, 1891. — B. M., di anni 32, IVpara, accolta il 17 ottobre in corso di aborto al principio del terzo mese. *Estrazione digitale dell' uovo* in parte nella cavità uterina, in parte in quella cervicale. Puerperio normale. Esce il 25 ottobre.

X. N. 251, 1891. — N. A., di anni 26, Vpara. Aborto nel quinto mese, emorragia mista interna ed esterna. *Rottura artificiale* delle membrane a collo cancellato, a bocca uterina dilatata ad 1 centimetro. Maschio pesante gr. 110, espulso per il podice. Secondamento spontaneo, annessi integri pesanti gr. 100. Puerperio affatto normale. Esce il 28 ottobre.

XI. N. 267, 1891. — G. A., di anni 29, VIIIpara. Accolta il 12. 11. 91, in corso di aborto nel secondo mese, si ultimò *spontaneamente* poco dopo l'arrivo in clinica. Esce spontaneamente il 19 novembre.

XII. N. 275, 1891. — A. E., accolta il 19. 11. 91, di anni 30, IIpara. Aborto nel secondo mese. *Estrazione parziale digitale dell'uovo; estrazione digitale della decidua parietale.* I villi placentari si mostrano tutti in avviata degenerazione cistica, in guisa da formare una vera mola idatigena. Puerperio normale. Esce il 27 novembre.

XIII. N. 276, 1891. — M. N., di anni 22, IIpara, accolta il 20 novembre. *Aborto spontaneo* nel corso del sesto mese. *Maschio macerato* del peso di gr. 990. Secondamento favorito dalla spremitura. Annessi pesanti gr. 300. Puerperio normale. Esce il 30 novembre.

III. Placenta previa.

(Parti N. 305. — Casi N. 4 ossia 1.3 0[0]).

I. N. 47, 1891. — P. D., di anni 37, Vpara, accolta il 23 febbraio. Gravidanza nel corso dell'ottavo mese, emorragie ripetute. *Distacco spontaneo ed espulsione prefetale* della placenta. Feto maschile pesante gr. 2040, morto, espulso per il vertice associato al piede ed alla mano destra. Puerperio fisiologico. Esce il 4 marzo 1891.

II. N. 140, 1891. — T. A., di anni 29, IIpara, accolta il 14. 6. 91. Emorragie ripetute. Il 22 giugno alle 10 ant. si trovava nelle seguenti condizioni: Presentazione vertice dorso a sinistra, mobilissimo. *Collo uterino* non completam. scomparso, ma dilatabile, gemizio sanguigno. Si stabilisce trattarsi di *placenta previa laterale.* Si pratica la *versione esterna* mettendo il feto in presentazione podalica dorso a destra: si rompe il sacco amniotico, si abbassa il piede destro, si avviano valide contrazioni; alle 5 pom. si completa il parto con la *estrazione manuale della porzione sopraombellicale del feto.* Maschio vivo pesante gr. 3120; *secondamento* favorito da spremitura, annessi integri del peso di gr. 650. Puerperio assolutamente normale. Vuole uscire il 28. 6. 91.

III. N. 158, 1891. — N. N., di anni 23, Ipara, accolta l'8 luglio. Emorragie ripetute nel corso del sesto mese (4 volte). Entra in travaglio nel corso del settimo mese, feto vivo in presentazione podalica: Collo uterino trasformato, *bocca uterina aperta* per circa 3 cent. nel campo si esplora con facilità il *tessuto placentare che occupa la metà sinistra del campo.*

A 5 cent. di dilatazione ricomparendo la emorragia, e valide essendo le contrazioni, si pratica la *rottura artificiale del sacco,* arresto completo della emorragia: espulsione rapida per il podice di un feto

femminile asfittico, morto poco dopo, pesante gr. 1290. Secondamento spontaneo, annessi gr. 350. Puerperio piretico in 2.ª e 3.ª giornata senza che nulla presentasse di anormale l'apparato genitale. Poi sempre *apiretico*. Esce in buone condizioni il 19. 7. 91.

IV. N. 174, 1891. — P. C., di anni 44, accolta il 26 luglio, IIIpara. *Placenta previa laterale*, emorragia in gravidanza, emorragia in travaglio. A 5 cent. di dilatazione *rottura artificiale delle membrane*, cessazione della emorragia, ma *procidenza del cordone pulsante*, estrazione del fetino con *il forcipe*. Femmina viva, pesante gr. 1400, asfittica rianimata, morta poche ore dopo.

Secondamento non accompagnato, nè preceduto da emorragie. Puerperio affatto normale. Esce il 4 agosto in ottime condizioni.

IV. Eclampsia.

(Numero 4, ossia 1. 3 0[0]).

I. N. 43, 1891. — M. C., in C., di anni 24, primigravida. Si porta in clinica dopo essere stata esplorata dalla levatrice, dal medico, e dopo *aver subito ripetuti tentativi di liberazione a domicilio con il forcipe.*

Sei accessi eclampsici, *albuminuria*. Cloralio. *Forcipe nello str.º sup.* Maschio vivo pesante gr. 3500. Muore pochi giorni dopo per lesioni meningo-cerebrali. Puerperio settico. Apiretica dal 9.º dì. Esce in buone condizioni il 2 marzo. L'albuminuria scomparve definitivamente in 10.ª giornata.

II. N. 46, 1891. — F. A., in V., di anni 24, primigravida. Albuminuria, 4 accessi eclampsici, in clinica cloralio. 12 ore dopo l'ingresso *parto spontaneo*. (V. S. A.) di un maschio sano e vivente pesante gr. 2350.

Albuminuria scomparsa in 5.ª giornata. Puerperio fisiologico. Esce il 1 marzo 1891.

III. N. 65, 1891. — N. N., di anni, 36, primigravida, accolta il 12 marzo. Urina con *discreta albumina*, *accesso eclampsico* nel periodo espulsivo. Cloralio ed estrazione artificiale con il forcipe nello scavo. Femmina viva, sana, pesante gr. 2500. Albuminuria scomparsa nel 3.º dì. Puerperio fisiologico. Esce il 21 marzo.

IV. N. 113 del 1891. — N. N., di anni 28, IIpara. Entra l'11 maggio in travaglio dopo aver avuto *sei accessi eclampsici*, aver subito esplorazioni multiple e *tentativi di liberazione col forcipe.*

L'urina mostra abbondante copia di sangue. Alle 7 1[2 pom. si libera con la *craniotomia Blot* e la *cranioclastia Braun*, il feto essendo morto V. S. A., e fortemente edematosi i genitali esterni. Dopo il parto si ripeterono altri 6 accessi eclampsici. Puerperio regolare dal punto di vista ostetrico, patologico per condizione polmonare (probabile tubercolosi), per la quale fu inviata in 14.ª giornata di puerperio in un servizio di medicina, dal quale uscì dopo lunga degenza in discrete condizioni.

V. Interruzione artificiale della gravidanza.

(Numero 6 — 5 volte a scopo medico, 1 volta a scopo ostetrico).

a) A scopo medico.

I. N. 91, 1891. — Vedasi nelle gravidanze composte. Fu praticata la rottura *artificiale delle membrane* (anasarca, albuminuria, insufficienza delle contrazioni cardiache). Madre guarita, feti vivi.

II. N. 98, 1891. — F. E., VIpara, accolta il 12 aprile 1891. Paraplegia esordita come pararesi con lo iniziarsi della gravidanza. Alla fine del 7.º mese si interrompe la gravidanza. *Metodo Krause.* Dopo 10 ore si compie il parto di un maschio gravemente asfittico, non rianimato, per il podice (natiche S. I. D. P.) pesante gr. 1700.

Puerperio normale dal punto di vista ostetrico. Fugace miglioramento della paraplegia; indi assoluta stazionarietà per cui in 19ª giornata viene inviata in un comparto medico ove non migliorò punto.

III. N. 121, 1891. — A. M., di anni 20, IIpara, epilettica. Nella prima gravidanza (per la quale fu pure nella clinica) negli ultimi mesi gli accessi si ripetevano con straordinaria frequenza: avvenuto il parto a termine cessarono quasi per incanto. Pure in questa seconda gravidanza gli accessi dal principio del 7.º mese andarono facendosi sempre più frequenti (6, 8 per ogni 24 ore), riuscendo a nulla la cura medica il 25 maggio alle 10 ant. si interrompe la gravidanza. *Metodo Krause.* Alle 5 pom. essendo il collo scomparso e dilatato l'orificio a circa 4 cm. si *rompono le membrane.* Alle 7.30 pom. si termina il parto con il *forcipe* allo stretto inferiore. Femmina viva pesante gr. 1800. Puerperio: nei primi due giorni si ebbero nuovi e frequenti accessi epilettici: al terzo dì subentrò delirio clamoroso, in seguito al quale dovè essere trasferita nel comparto di osservazione dal quale dopo non lunga degenza uscì in apparenza completamente guarita.

IV. N. 132, 1891. — B. L., di anni 27, accolta il 3 giugno 1891, IIIpara, sifilide antica. Lieve insufficenza mitrale, edema agli arti inferiori, e soprapubico: varici ai genitali, dispnea da circa due mesi. Liquido amniotico abbondante. Gravidanza al principio del nono mese. Il 4 giugno alle ore 10 ant. si interrompe la gravidanza con il *metodo Krause* che determina anche la rottura delle membrane. Il giorno 8 alle 7. 35 pom. si compie il parto con la espulsione di una femmina viva pesante gr. 2190 lunga cm. 45, espulsione spontanea degli annessi pesanti gr. 630.

In puerperio miglioramento rapidissimo. Vuole uscire in buone condizioni il 17 maggio.

V. N. 199, 1891. — R. F., di anni 38, IIIpara. Gravidanza nella prima metà del 9.° mese.

Oligoemia assai avanzata, anassarca manifesto. Non si riscontrò mai albumina nella urina. Tornato infruttuoso il trattamento medico, il 21 agosto si introduce una candeletta (*metodo Krause*). Il 23 a collo uterino non completamente scomparso, nello scopo di avviare le contrazioni uterine si *rompe il sacco* e si raccolgono gr. 1300 di liquido amniotico.

Alle 10. 10 pom. si compie il parto. Maschio vivo, gr. 2900. Annessi pesanti gr. 670. Puerperio normale. Esce in discrete condizioni il 1 settembre.

b) A scopo ostetrico.

VI. N. 16, 1891. — B. R., di anni 31. Stenosi pelvica di 1.° grado, IIpara, primo parto nel 1888, versione podalica interna per procidenza del cordone (pres. V.), feto vivo. C. V. 85 mill., parto provocato alla metà del nono mese. *Metodo Krause*, il 12 marzo 10 ant.; procidenza del cordone pulsante durante il travaglio di parto, riduzione spontanea mettendo la donna sul fianco. Il di 16 a cent 5 di dilatazione, alle 10. 45 ant. *forcipe Barnes* sullo stretto superiore. Maschio vivo pesante gr. 2820, annessi gr. 470, puerperio fisiologico

VI. Procidenza del cordone ombellicale.

(N. 4 ossia 1. 3 0[0).

I. N. 174, 1891. — Vedasi nella *placenta previa* N. 4. (*Forcipe sul vertice*, feto prematuro).

II. N. 66, 1891. — Vedasi nella *Interruzione artif. della gravidanza* N. 6. (Riduzione spontanea, favorita dalla posizione sul fianco, feto vivo).

III. N. 257, 1891. — D. Z. M., accolta il 23 ottobre 1891, IVpara. Presentazione di faccia, procidenza del cordone a 5 cm. di dilatazione, *riduzione con la siringa*, parto spontaneo, femmina viva gr. 3850, lunga cm. 52. Annessi gr. 900. Puerperio normale. Abbandona la Clinica il 28. 10. 91 contro l'avviso del direttore.

IV. N. 175, 1891. — Si veda *forcipe nello stretto sup.* (N. 4).

VII. Estrazione manuale nelle presentazioni primitive del podice.

I. N. 96, 1891. — N. N., di anni 33, Vpara, accolta in travaglio il 21 aprile. *Ovoide podalico* varietà *natiche* S. I. P. A. *Disimpegno del braccio sinistro ed estrazione del capo*, femmina viva pesante gr. 3600. Puerperio normale, esce volontariamente il 29 aprile.

II. N. 157, 1891. — N. N., di anni 41, VIpara. Accolta in travaglio il 6 luglio. *Ovoide podalico completo* S. I. S. A. *Estrazione manuale del capo*, femmina viva pesante gr. 2400. Puerperio normale. Esce il 12 luglio.

III. N. 204, 1891. — De F. A., di anni 18, accolta il 13 agosto, primigravida. Parto il 28 agosto. Podice, varietà natiche S. I. S. A. *Estrazione manuale del tronco e del capo*, lacerazione della forchetta e di un tratto di cute perineale (sutura). Femmina viva gr. 3510, annessi gr. 560. *Puerperio fisiologico* tranne una minaccia di mastite in 5.ª e 6.ª giornata. Esce sana il 6 febbraio.

IV. N. 236, 1891. — B. M., accolta il 25 settembre, in travaglio, IVpara. *Podice completo.* Estrazione del tronco e del capo. Maschio vivo gr. 3000, puerperio normale. Esce il 13. 10. 91.

V. N. 245, 1891. — P. M., di anni 33, IV para, accolta in travaglio l'8 ottobre. *Podice completo* S. I. S. A., *estrazione del tronco e testa*, femmina viva, apparentemente sana, pesante gr. 1820. Puerperio normale. Esce il 18 ottobre.

VI. N. 255, 1891. — N. N., di anni 23, primigravida, accolta il 23 ottobre. *Podice varietà natiche* S. I. S. A. Estrazione del tronco e del capo, *lacerazione perineale per un centimetro*, lesioni multiple sulla parete vaginale post. sutura. Maschio asfittico lievemente, rianimato in modo completo, gr. 3200. *Puerperio normale*, esce il 31 esportato.

VIII. Rivolgimento.

I. N. 79, 1891. — T. S., di anni 24, IIpara, utero arcuato. Presentazione spalla sinistra, dorso anteriore, cloronarcosi. *Rivolgimento classico*, feto estratto asfittico non rianimato. Nessuna perdita di sangue durante l'atto operativo. *Secondamento spontaneo*, poi fenomeni di collasso e morte due ore dopo non ostante tutti i soccorsi. La *sezione* del solo cavo addominale non bastò a spiegare la causa della morte, insufficiente essendo stata una lieve lacerazione sul collo uterino, a sinistra, riscontrata nell'esame cadaverico.

II. N. 140, 1891. — Vedasi *Placenta previa*, N. 2. *Versione podalica esterna* (feto vivo, madre guarita).

III. N. 162, 1891. — Vedasi *gravidanza composta* N. 2. *Rivolgimento podalico* interno sul 1.° feto, feto vivo, madre guarita.

IX. Forcipe.

(N. 22. Stretto superiore 4. — Nello scavo 10. — Allo stretto inf. 8).

a) Applicazioni di forcipe allo stretto superiore.

I. N. 43, 1891. — Si veda *Eclampsia. Forcipe sul vertice arrestato nello stretto superiore* (O. I. D. P. ridotta), *dilatazione completa* della bocca uterina (*forcipe francese*). Estrazione piuttosto laboriosa. Maschio gr. 3500, vivo con lesioni, morte al quarto dì; *non lesioni perineali*, solo al piccolo labbro di sinistra. *Puerperio lievemente settico*, guarita; fu accolta eclamsica e dopo aver subìto tentativi di liberazione a domicilio.

II. N. 66, 1891. — *Forcipe Barnes* con aste di trazione allo stretto superiore, pelvi rachitica C. V. 85 mill. a complemento di parto provocato. (Vedi parto provocato). Feto vivo. Puerperio normale.

III. N. 174, 1891. — *Forcipe inglese* nello stretto superiore per procidenza del cordone, fetino prematuro vivo, puerperio fisiologico (si veda *placenta previa*).

IV. N. 175, 1891. — Primipara. Stenosi pelvica di primo grado V. S. A. Rottura del sacco, procidenza del cordone a dilatazione completa, forcipe

nello stretto superiore, estrazione rapida, episiotomia a sinistra, femmina gr. 3620, asfittica rianimata, puerperio normale.

b) Applicazioni di forcipe nello scavo.

V. N. 65, 1891. — N N., primigravida, accolta il 12 marzo. *Forcipe francese* nello scavo a dilatazione quasi completa per *eclampsia* (si veda eclampsia). Vertice O. I. D. P., rotazione dell'occipite nel sacro, disimpegno in occipito posteriore. *Perineo salvo, introitus vaginae* lacerato a sinistra per un tratto di 2 cm., suturato. Il disimpegno del capo fu fatto senza le branche del forcipe. Femmina sana gr. 2500. Puerperio fisiologico.

VI. N. 104, 1891. — B. M., primigravida, accolta il 2 maggio, V. O. I. S. A. *Forcipe tedesco* nello scavo, a bocca uterina dilatata a 6 cm. sul vertice non ruotato, in causa di soverchia lunghezza del parto ed elevazione termica (38. 5), lento disimpegno del capo dopo levate le branche, *episiotomia sinistra, lacerazione mediana della cute perineale* per cm. 1 1[2, sutura tanto della lesione spontanea che di quella artificiale. Feto asfittico non rianimato da probabile compressione del cordone attortigliato al collo; lesioni completamente guarite, puerperio fisiologico, esce il 15 maggio.

VII. N. 116, 1891. — D. P., di anni 28, entra il 17 maggio in travaglio, *Forcipe Simpson* nello scavo sul vertice a rotazione interna avviata (V. S. A.) per *insufficienza delle contrazioni* e lunghezza del periodo espulsivo, IIpara. Nessuna lesione ai genitali. Femmina viva gr. 2650. In puerperio *lievissima endometrite.* Esce il 28. 5, in 10.ª giornata.

VIII. N. 153, 1891. — N. N., primigravida, accolta il 5 maggio, parto il 3 luglio, V. S. A., mancata rotazione. *Forcipe Simpson nello scavo* a scopo rotativo. *Episiotomia* a sinistra, episiorafia. Maschio vivo gr. 3280. Nessuna lesione al perineo. Puerperio normale. Esce il 12 luglio.

IX. N. 162, 1891. — Vedi *Gravidanza composta. Forcipe Simpson* sul secondo feto per rallentamento e quasi scomparsa del battito, feto vivo; puerperio normale.

X. N. 205, 1891. — N. N., VIIpara, accolta il 29. 8. 91, in travaglio. Lunghezza del periodo dilatante (cm. 37) a dilatazione completa. *Forcipe Simpson* nello scavo (V. S. A.) Femmina viva gr. 4040. In sesta giornata di puerperio accesso febbrile da malaria. Esce in buone condizioni il 6 settembre.

XI. N. 226, 1891. — S. M., IIIpara, accolta il 2 settembre. Insufficenza delle contrazioni, V. O. I. D. P., riduzione in occipito pubico con il *forcipe Simpson*, femmina viva gr. 3180, puerperio normale. Esce il 26 settembre.

XII. N. 232, 1891. — D. M., di anni 41, nullipara. Vertice nella scavo in S. A., lunghezza del periodo espulsivo, *forcipe francese* con il quale si compie la rotazione e si impegna il capo nell'anello vulvo-vaginale, tolte le branche, per somma indocilità della donna non si può impedire la rapida espulsione del capo. *Lacerazione perineale* di secondo grado, sutura continua catgut. *Maschio asfittico rianimato* gr. 3230. *Puerperio fisiologico*, adesione perfetta della sutura.

XIII. N. 233, 1891. — N. N. di anni 22, Ipara, accolta in travaglio il 21 settembre. *Forcipe Newmann* nello scavo (V. O. I. D. P.) a rotazione interna avvenuta, per lunghezza del periodo espulsivo da insufficienza delle contrazioni. *Episiotomia* a sinistra (suturata subito) perineo integro. Maschio vivo gr. 3180. *Lievissima endometrite* (una sola elevazione a 38.°) Esce il 10 ottobre.

XIV. N. 271, 1891. — N. N., di anni 28, accolta in travaglio il 14 settembre, IIpara, *forcipe Simpson* nello scavo (V. S. A.) a dilatazione della bocca uterina di 6 cm. per minaccia fetale. Maschio vivo gr. 3550, *non lesioni ai genitali*, puerperio fisiologico. Esce il 23 novembre.

d) Applicazioni di forcipe allo stretto inferiore.

XV. N. 56, 1891. — IIIpara, accolta in travaglio il 6 marzo. *Forcipe francese sul vertice per minaccia fetale.* Maschio gr. 3100, *nulla ai genitali*, puerperio normale. Esce il 15 marzo.

XVI. N. 86, 1891. — Nullipara, accolta in travaglio il 25 marzo. *Insufficienza delle contrazioni*, vertice al perineo a rotazione compiuta, *forcipe francese*, maschio gr. 3650, *perineo integro*, contusione a sinistra all'*introitus vaginae*, puerperio normale. Esce 5 aprile.

XVII. N. 121, 1891. — IIpara. Si veda nel *parto prematuro provocato a scopo medico*, feto vivo.

XVIII. N. 191, 1891. — Nullipara, accolta il 21 luglio 1871. Vertice O. I. D. P. R. Insufficienza delle contrazioni uterine, edema ai genitali, *forcipe francese* a rotazione compiuta. *Episiotomia a sinistra, lacerazione della forchetta* e di piccolo tratto di cute perineale. Maschio asfittico

rianimato gr. 2730. Puerperio affatto normale per quanto riguardo l'apparato genitale (anormale per reumatismo muscolare). Esce guarita il 24 agosto.

XIX. N. 198, 1891. — Nullipara. Accolta in travaglio il 20. 8. 91 V. S. A. *Forcipe* al perineo a rotazione compiuta per insufficenza delle contrazioni, *episiotomia* a sinistra; la incisione si estende verso la linea mediana perineale e viene suturata. Maschio vivo gr. 2900. Puerperio normale, sutura aderita. Esce il 29 agosto.

XX. N. 248, 1891. — Nullipara. *Soverchia lunghezza del periodo espulsivo.* Vertice al perineo. *Forcipe Newmann,* lacerazione dell'*introitus vaginae* a sinistra per un centimetro e mezzo, che si estende di altrettanto sulla linea mediana perineale. Femmina viva gr. 2860, suturata la lesione, puerperio normale, esce il 4 settembre.

XXI. N. 287, 1891. — Nullipara, accolta in travaglio il 7 dicembre. *Forcipe Newmann* sul vertice in O. I. S. A., edema dei genitali, lacerazione perineale di 1.° grado, due punti di sutura. Femmina viva gr. 3770. Elevazioni termiche in quarta e quinta giornata, nel resto tutto normale, sutura perfettamente aderita. Esce sana il 19. 12. 91.

XXII. N. 303, 1891. — Nullipara, accolta in travaglio il 27 dicembre 1891, V. S. A. *Forcipe Newmann* a rotazione avvenuta per soverchia lunghezza del parto, *episiotomia sinistra,* che si prolunga un po' in alto, maschio vivo gr. 3150. Puerperio normale. Esce sana l'8 gennaio 1892.

X. Embriotomia.

(Sul capo, casi N. 2).

I. N. 113, 1891. — *Si veda eclampsia,* N. 4. Feto morto per procidenza del cordone. *Craniotomia Blot, Cranioclastia Braun.* Puerperio morboso per *tubercolosi polmonare.*

II. N. 187, 1891. — Primigravida, accolta in travaglio il 7 agosto 1891. *Pelvi piatta rachitica* C. V. 80-85 millimetri, morte del feto in travaglio. *Divulsione digitale dell' orificio esterno conglutinato. Isterostomatotomia. Craniotomia e cranioclastia Braun.* In puerperio elevazioni termiche che scompaiono con l'uso del chinino senza che contemporaneamente si possano trovare lesioni all'apparecchio genitale. Esce sana il 19 agosto.

XI. Isterostomatotomia.

I. N. 187, 1891. — Vedasi nella *embriotomia.*

XII. Operazione cesarea.

II. N. 272, 1891. — Ipara rachitica, pelvi completamente deformata massime allo stretto superiore, *C. V. 50 millimetri.* Presentazione spalla destra dorso anteriore, feto morto in iniziata macerazione. *Taglio cesareo Porro-Müller, affondamento del peduncolo trattato con legatura elastica.* Abbandona il letto in 15.ª giornata; in 24.ª giornata espulsione spontanea dello intero moncone mortificato attraverso la porzione sottovaginale. Operata il 15 novembre, esce il 16 dicembre 1891.

XIII. Secondamento artificiale.

I. N. 14, 1891. — Vpara. Parto spontaneo il 12 gennaio, maschio vivo gr. 2780. Emorragia lievissima subito dopo, che si fa più abbondante 40 minuti dopo. Infruttuosa la *spremitura, secondamento artificiale manuale*, lavacro endouterino. Cessazione della emorragia. Annessi uterini gr. 430; placenta inserita in alto sulla parete posteriore in gran parte ancora aderente. Puerperio normale. Esce il 22 gennaio.

II. N. 76, 1891. — Primigravida. Accolta in travaglio il 23 marzo, parto lo stesso dì alle 5. 25 ant, maschio vivo gr. 3070. Quattro ore e mezza dopo il parto *secondamento manuale* in causa di emorragia, la placenta era trattenuta staccata nel cavo uterino per contrazione dell'orificio interno. Annessi pesanti gr. 440. In 4.ª e 5.ª giornata due elevazioni a 38. 8, nel resto tutto normalmente. Esce in buono stato il 31 marzo. Perineo affatto integro.

III. N. 102, 1891. — IIIpara. Anche ne' due parti precedenti abbisognò il secondamento artificiale per emorragia. Feto vivo femmina, pesante gr. 3730 espulso spontaneamente. Emorragia, *secondamento manuale* non essendo riuscita la spremitura, annessi normali pesanti grammi 610. *Puerperio normale*, una sola elevazione a 38. 2 in 3.ª giornata. Accolta il 2 maggio esce il 17 detto mese.

IV. N. 107, 1891. — XIVpara. Parto spontaneo di una femmina viva pesante gr. 3740 alle 5. 25 ant. del 6 maggio ; alle 6. 25 in causa di emorragia si completa il distacco della placenta che per due terzi pendeva in vagina e per l'altro terzo era ancora intimamente unita alla parete uterina. Nel puerperio nulla si ebbe a notare salvo una cronica infezione palustre. Abbandona la clinica il 20 maggio ed il 28 entra in un servizio di medicina per ripetuto stillicidio sanguigno, il 30 maggio espelleva un corpicciuolo ovoidale costituito da un *polipo fibrinoso* orditosi sopra un frammentino di cotiledone, ed ogni perdita cessava.

V. N. 137, 1891. — Nullipara. Accolta in travaglio il 18 giugno 1891, alle ore 7. 65 ant. del 19 espelle un feto femminile, macerato, del peso di grammi 1350. Pochi minuti dopo si avvia abbondante emorragia, non riuscendo la *spremitura* si porta la mano in vagina e con due dita nella bocca uterina si riesce ad ultimare il secondamento; annessi pesanti grammi 420. Puerperio normale. Esce il 26 giugno.

XIV. Lacerazioni perineali e perineorafia.

a) Lesioni perineali di 1.° grado.

(N. 11 casi).

I. N. 11, 1891. — Primipara. *Estrazione manuale del capo.* Natiche S. I. D. P., femmina gr. 2400. *Lacerazione mediana cent. 1 1[2* sutura continua catgut. *Guarigione.*

II. N. 34, 1891. — Primipara. *Parto spontaneo.* V. S. A. femmina gr. 3670. Rottura vaginale e perineale per cent. 1 1[2, al passaggio del tronco, sutura continua catgut, *adesione completa.*

III. N. 67, 1891. — Primipara, *parto spontaneo* V. S. A., femmina, gr. 3320, lacerazione di 1.° grado, sutura continua catgut. *Guarigione.*

IV. N. 103, 1891. — Primipara. Parto spontaneo, femmina, gr. 3100, mediana per due cent., tre punti di sutura nodosa catgut, adesione completa.

V. N. 104, 1891. — Ipara. *Forcipe nello scavo.* Maschio 3400, primo grado (1 1[2 cent.) sutura continua catgut, riunione perfetta.

VI. N. 125, 1891. — Primipara. Vertice O. I. D. P. R. Maschio gr. 2750. *Parto spontaneo, lacerazione cutanea* per la lunghezza di 1 cm., sutura continua, *adesione completa.*

VII. N. 195, 1891. — Primipara. Vertice O. I. S. A. Maschio gr. 2600. Lesione mediana per poco più di 1 cent., sutura catgut. *Riunione per prima. Parto spontaneo.*

VIII. N. 204, 1891. — Primipara. Podice, varietà natiche. *Edema del perineo, estrazione del capo,* femmina 3510. Lacerazione di primo grado, sutura continua. *Coalito completo per prima.*

IX. N. 248, 1891. — Primipara. V. S. A., femmina gr. 2860. *Forcipe al perineo.* Lacerazione di primo grado, sutura continua. *Aderita per prima la sola metà inferiore.*

X. N. 302, 1891. — Primipara. Lesioni multiple all'ostio vaginale e per *due centimetri sul perineo. Parto spontaneo.* V. S. A. Maschio gr. 2970. Sutura continua. Adesione perfetta.

XI. N. 303, 1891. — Primipara. V. S. A. Maschio gr. 3150. *Forcipe al perineo.* Episiotomia unilaterale che si prolunga sulla mucosa vaginale. Lacerazione perineale di primo grado. *Non si ebbe adesione.* Guarigione per granulazioni.

b) Lesioni perineali di 2.° grado.

I. N. 55, 1891. — Primipara, parto spontaneo, femmina, vertice gr. 2850. Lacerazione prevalentemente cutanea fino a pochi millimetri dall'ano. *Adesione dei due terzi inferiori della parte suturata.*

II. N. 66, 1891. — Secondipara. *Parto provocato, forcipe.* Maschio gr. 2820. Rottura mediana del perineo di secondo grado già rotto, suturato ed aderito nel primo parto. *Sutura continua catgut.* Adesione per prima.

III. N. 138, 1891. — Secondipara. *Parto spontaneo,* femmina viva gr. 3350, lacerazione di secondo grado del perineo che nel primo parto era stato lacerato e suturato con esito felice. *Sutura continua* catgut, adesione per prima.

IV. N. 170, 1891. — Nullipara. *Parto spontaneo,* maschio vivo gr. 3360. Lacerazione perineale di *secondo grado interessante la sola cute.* Sutura continua catgut. Adesione completa.

V. N. 198, 1891. — Nullipara. *Forcipe al perineo*, perineo poco cedevole ed un po' edematoso. Maschio gr. 2900, *episiotomia a sinistra* che obliquamente si prolunga sulla linea mediana perineale. *Sutura come sopra.* Adesione pronta.

VI. N. 228, 1891. — Nullipara. Parto spontaneo, femmina gr. 2920, edema dei genitali, lacerazione mediana netta. Sutura al solito modo, adesione per prima intenzione.

VII. N. 232, 1891. — Nullipara. *Forcipe nello scavo*, le branche sono tolte quando il perineo comincia ad esser disteso. Indocilità somma della donna, lacerazione mediana, sutura al solito. Adesione completa.

VIII. N. 242, 1891. — Nullipara. *Parto spontaneo*, femmina gr. 3450, lacerazione mediana, sutura catgut. Adesione per prima intenzione.

IX. N. 297, 1891. — Nullipara. Parto rapidissimo, periodo espulsivo minuti 5, non assistenza al parto. Maschio 3550, lacerazione mediana, adesione completa sutura continua catgut.

c) Lacerazione del vestibolo.

I. N. 189, 1891. — Nullipara. Parto spontaneo. Maschio 3250. Lacerazione lineare profonda dei tessuti compresi fra il meato urinario e la clitoride. Considerevole perdita di sangue; tre punti di sutura nodosa, profondi, emostosi immediata, adesione completa per prima intenzione.

XV. Episiotomia (1).

a) Nei parti spontanei.

N.° progress.	Numero della gravidanza	Episiotomia	Perineo
1	19 — Ipara	a sinistra	illeso
2	42 — IIpara cicatrici al perineo	a destra	illeso
3	59 — Ipara	a sinistra	illeso

(1) Questo quadro è relativo a n. 86 primipare, tutte quelle cioè che furono accolte nella Clinica, eccezione fatta per la seconda osservazione.

N.° progress.	Numero della gravidanza	Episiotomia	Perineo
4	94 — Ipara	a sinistra	integro
5	145 — Ipara	a sinistra	illeso
6	216 — Ipara	a destra	integro
7	217 — Un aborto al 4.° mese	a sinistra	integro
8	241 — Ipara	a sinistra	integro
9	262 — Ipara	a sinistra	integro
10	285 — Ipara	a destra	integro

b) **Nei parti artificiali.**

N.° progress.	Numero della gravidanza	Episiotomia	Perineo
11	175 — Ipara, forcipe . . .	a sinistra	integro
12	104 — idem	a sinistra	laceraz. mediana della cute per cent. 1 1[2.
13	153 — idem	a sinistra	integro
14	233 — idem	a sinistra	integro
15	191 — idem	a sinistra	rottura della forchetta
16	198 — idem	a sinistra	la incisione si porta obliquamente e si estende sulla linea mediana
17	303 — idem	a sinistra	prolungamento della incisione in alto.

XVI. Puerperio.

1.° *Andamento del puerperio nelle donne sgravatesi nella clinica ed accolte prima dello iniziarsi del parto.*

Donne accolte N. 113.

Primigravide	N. 28	113
Plurigravide	» 85	

1.° Puerperio affatto normale senza elevazione alcuna di temperatura al di là del 38° centigrado N. 106.

Primigravide	N. 25	106
Plurigravide	» 81	

2.° Il puerperio fu ancora normale ma vi si notarono lievi e brevi elevazioni termiche N. 3.

Primipara (unica elevazione a 38. 3) . . .	N. 1	3
Pluripare (1.° unica elevazione a 38. 3 in 7.ª giornata, alvo chiuso da 7 dì	» 1	
2.° unica elevazione a 38. 7 in 7.ª giornata, alvo chiuso da 5 dì)	» 1	

3.° Puerperio morboso per malattie comuni N. 3.

Primipara (1.° febbre malarica)	N. 1	3
Pluripare (1.° febbre malarica)	» 1	
(2.° eruzione pustul. in 3.ª giornata con elevazione termica a 38. 8 poi più nulla, nessuna alterazione ai genitali) . . .	» 1	

4.° Puerperio morboso per forme infettive dalle mammelle N. 1.

Primipara con minaccia di mastite in 6.ª giornata, temperat. 38. 3. Guarigione.

5.° Puerperio morboso per infezione dai genitali N. 0.

2.° *Andamento del puerperio nelle donne accolte in travaglio di parto, ma che non aveano subìto esplorazioni interne, fuori della clinica.*

Accolte N. 168.

Primipare	N. 48	168
Pluripare	» 120	

1.° Puerperio affatto normale (vedi sopra) N. 151.

Primipare	N. 41	151
Pluripare	» 110	

2.° Puerperio con qualche lieve e breve elevazione termica (vedi sopra) N. 5.

Primipare (1.° una sola elevazione in 8.ª giornata; 2.° una sola elevazione a 38. 2 in 5.ª giornata; 3.° due elevazioni in 4.ª e 5.ª giornata	N. 3	5
Pluripare (1.° unica elevazione in 7.ª giornata, alvo chiuso da 6 dì; 2.° elevazioni in 3.ª e 4.ª giornata, massimo 38. 5) . .	» 2	

3.° Puerperio morboso per malattie comuni N. 6.

Primipara (1.° malaria)	N. 1	6
Pluripare (4 sifilide in atto, 1 impaludismo cronico)	» 5	

4.° Per infezione dalle mammelle N. 1.

Pluripara (1, febbrile in 7.ª ed 8.ª giornata, guarigione) N. 1.

5.° Per infezione settica dal canale genitale N. 5.

Primipara (1.° sola elevazione a 38.° in 4.ª giornata, lochi un po' odorosi; 2.° due sole elevazioni a 38. 8 in 4.ª 5.ª giornata; 3.° elevazioni in 3.ª, 4.ª e 5.ª giornata a 38. 5	N. 3	5
Pluripare (1.° elevaz. termiche in 3.ª 4.ª e 5.ª giornata, massima 38. 7; 2.° idem .	» 2	

3.° *Puerperio nelle donne accolte in travaglio dopo subìte esplorazioni e tentativi di liberazione.*

Primipare	N. 9	22
Pluripare	» 13	

1.° Puerperi normali N. 15.

Primipare.	N. 4	15
Pluripare	» 11	

2.° Ancora normali ma con qualche elevazione N. 1.

Primipara . . . . . N. 1.

3.° Morbosi per malattie comuni N. 3.

Primipare (malaria 2)	N. 2	3
Pluripare (tubercolosi polmonare)	» 1	

4.° Per infezione dalle mammelle N. 0.

5.° Per infezione dai genitali N. 3.

Primipare (ambedue dopo ripetuti tentativi di liberazione con il forcipe. Guarite) .	N. 2	3
Pluripare (in travaglio da 6 dì, molte esplorazioni febbrili per 4 dì. Guarita. . .	» 1	

Ricercando ora la quota percentuale per i tre gruppi e considerando come normali i puerperi in cui si ebbero rare e brevi oscillazioni al di là di 38° (precisamente 3 nel primo gruppo, 5 nel secondo e 1 nel terzo), troviamo:

	Donne accolte		
	a) durante la gravidanza	*b)* nel parto senza aver subìto esplorazioni a domicilio.	*c)* nel parto dopo aver subìto esami o tentativi di liberazione
1.° Puerperi normali . . .	96.45 0[0	92.6 0[0	72.8 0[0
2.° Puerperi morbosi per cause comuni	2.65 0[0	3.7 0[0	13.6 0[0
3.° Per forme infettive dai genitali o dalle mammelle	0.90 0[0	3.7 0[0	13.6 0[0

con il significante fatto che nelle donne accolte prima dello iniziarsi del parto, manca assolutamente qualsiasi percentuale settica dai genitali, essendo l'unico caso rappresentato da una minaccia di mastite.

XVII. **Mortalità.**

In tutta l'annata non si ebbe che una sola donna morta per *collasso* (si veda *Rivolgimento*).

XVIII. Oftalmo-blenorrea dei neonati.

Tutti i bambini subirono pochi minuti dopo la nascita il trattamento di Credé. Una sola variante si fece: e cioè la soluzione di nitrato di argento ordinariamente impiegata fu resa alquanto più tenue nel caso di bambini prematuri e precisamente: tutti i nati a termine, o poco lontani dal termine, furono trattati con la soluzione nella proporzione di nitrato d'argento cristallizzato grammi *uno*, acqua distillata grammi 50; per i nati prematuri la soluzione fu ridotta invece ad 1 grammo su cento.

In nessun bambino ebbe a svilupparsi la oftalmo-blenorrea nè durante i giorni di degenza nella clinica, nè più tardi; almeno ciò si può asserire per tutti quelli che furono inviati allo Istituto Esposti.

Per essere assolutamente veritiero dovrei avere scritto invece, che in tutta l'annata si ebbe nella clinica *un solo caso di congiuntivite purulenta*, nel solo bambino nel quale per ragioni inutili qui a dirsi, non *fu instillata la soluzione di Credé*; fatto assai eloquente e quasi controprova agli altri.

Venezia, 19 gennaio 1892.

TRADUZIONI

Sul vomito incoercibile durante la gravidanza

PEL

Dott. GRAILY HEWITT

PRIMA VERSIONE ITALIANA DEL DOTT. Costantino Scuderi.

(*Continuazione, vedi pag. 99*).

GRUPPO *D.* — **Casi di vomito incoercibile nella gravidanza, in cui furono notate alterazioni infiammatorie dentro o vicino all'utero.**

CASO	AUTORI	STATO DELL'UTERO, ECC.	ESITO
102	CHOMEL	Pus sulla superficie esterna della decidua.	Morte.
103	DANCE	Caso I. Pus tra la decidua e la placenta, retrazione al punto d'unione dell'utero colla cervice.	Morte.
104	»	Caso II. Utero congestionato, pareti sottili.	Morte.
105	JAGGARD	Decidua molto ipertrofizzata; chiamata dall'Autore, *endometritis gravidarum*. Il vomito nella 16-18.ª settimana. Aborto artificiale.	Guarigione.
Vedi N. 65	GOOCH (Vedi anche nel gruppo *C*).	Dilatazione dell'orificio esterno col dito. Fuoriuscita di una materia fetida. Miglioramento del vomito. Parto a termine.	Guarigione.
106	HORWITZ	Sintomi gravi si manifestarono nel terzo mese della gravidanza; essudato perimetrico solido. Guarigione colle sanguisughe, iniezioni calde, ecc.	Guarigione.
107	»	Il tumore si sentiva dietro all'utero, probabilmente era cellulitico. Fu creduta gravidanza estra-uterina. Laparotomia.	Morte.

Caso 102. Chomel (citato da Anquetin), *loc. cit.*

La paziente morì per effetto del vomito grave nella gravidanza. Si trovò del pus sulla superficie esterna della decidua.

Caso 103. Dance, *Rép. Gén. d'Anat. et Phys.*, vol. III, p. 70.

Anni 21, nubile. Vomito costante per due mesi; ultima mestruazione, tre mesi e mezzo fa. Addome non molto grande. Sei settimane dopo la gravidanza si

fece manifesta, poichè l'addome venne sollevato da un tumore rotondo. La paziente cadde tosto in delirio, e morì un giorno dopo. *Autopsia:* Utero molle, rilassato, lungo 6 pollici dall'orificio interno al fondo. Cervice di forma simile al glande del pene, lunga 1 pollice, e formante un elargamento rotondo, cilindrico, terminantesi dalla parte dell'utero con una retrazione piuttosto considerevole. Vi era uno strato di pus denso tra la placenta e l'utero, che poteva staccarsi a fiocchi giallastri. Placenta debolmente aderente. Dance credette che il rammollimento dell'utero, la forma speciale della cervice, le concrezioni puriformi, e l'infiammazione della decidua avessero prodotto il vomito.

Caso 104. Dance, *loc. cit.*

Anni 20, nubile. Avrebbe dovuto esser mestruata il 20 novembre; non lo fu. Venne ricevuta il 30 dicembre. Cefalalgia, nausea, vomito. Sospetti di gravidanza. Il vomito peggiorò, l'11 e il 12 febbraio. Esaurimento allarmante, il 12 febbraio. Morte. *Autopsia:* Utero che stava per sollevarsi sopra la pelvi, lungo 5 1|2 pollici, largo 3 pollici; si sente rilassato, come una vescica riempita a metà; pareti spesse appena una linea, molto molli, con ingorgo sanguigno, che non dava tinta violetta, e che si estendeva anche alle cellulosità della decidua. Tronco del feto curvato su sè stesso. Placenta sulla superficie inferiore sinistra, feto del volume di uno a tre mesi. Cervice simile ad un piccolo capezzolo, contorno regolare, lungo 3 linee.

Caso 105. Jaggard, *Amer. Gyn. Trans.*, vol XIV, p. 447; prima riferito nell'*Amer. Journ. of Obstet.*, 1888.

Signora D..., di anni 29. Frequenti perdite di sangue in questa ed anche nelle precedenti gravidanze; il sangue non poteva arrestarsi. Lieve lacerazione bilaterale della porzione vaginale. A cinque mesi si manifestò vomito grave. Dopo una settimana di cure inefficaci fu provocato l'aborto. La decidua si trovò anormalmente ipertrofizzata. Dal relatore fu giudicato come un caso di *endometritis gravidarum.* Il vomito incominciò per la prima volta nella 16.-18.ª settimana dopo che il fondo si era sollevato nella cavità addominale.

Jaggard discute un po' ampiamente la questione del rapporto tra l'endometrio e la presenza del vomito. La paziente aveva, prima della gravidanza, avuto dei flussi di carattere siero-sanguinolento, con piccoli grumi sanguigni e brani di decidua. I particolari del caso, accennano ad uno stato patologico dell'endometrio, producente tanto l'idrorrea che l'emorragia. — G. H.

Caso 106. Horwitz, *loc. cit.*

(Caso 3 della sua serie). Primipara. Aveva sofferto mentr'era nubile di dismenorrea; il vomito si manifestò tre mesi dopo il principio della gravidanza; poco dopo sopravvennero brividi ed elevazione di temperatura, con forte dolore addominale, ed il vomito si fece intenso. Fu fatta l'esplorazione. Cervice uterina cac-

ciata indietro a sinistra e difficile a raggiungersi, utero grande come se fosse gravido di quattro mesi (la paziente era gravida da tre mesi), si sentiva un essudato perimetrico di consistenza piuttosto solida al lato sinistro, utero assolutamente immobile ed assai doloroso. Esternamente furono usate sanguisughe, compresse fredde, e ghiaccio; furono anche praticate iniezioni vaginali calde, mercurio e clisteri nutritivi. Dopo quattro giorni il vomito diminuì; guarigione, parto a termine.

Caso 107. Horwitz, *loc. cit.*

(Caso 6 della sua serie). 30 anni. Multipara, aveva avuto quattro figli. Sin dall'ultimo parto avea sofferto di mestruazione dolorosa e profusa, la mestruazione cessò, e tosto si manifestò il vomito che assunse una forma grave. Quando fu visitata da Horwitz presentava grande emaciazione, forte dolore all'epigastrio, specialmente al lato sinistro, reso più intenso dal movimento e dal vomito. La paziente venne nutrita durante le ultime tre settimane coi clisteri. All'esplorazione, muco rossiccio nella vagina; porzione vaginale corta, spessa, molle, deviata indietro più del normale; l'orifizio esterno permette l'introduzione del dito; l'intiero utero è considerevolmente ingrandito, ed in istato di versione anteriore e laterale destra; il fondo è a due dita di altezza sul pube: un tumore irregolare, dolente al tatto, si sente al lato sinistro della pelvi, dietro all'utero, si concluse (erroneamente) che si trattasse di una gravidanza extra uterina. Il trattamento operativo colla laparotomia fu reputato inopportuno; con tutto ciò, più tardi, fu eseguita la laparotomia da un altro medico, e produsse un'emorragia fatale.

Il tumore irregolare era probabilmente cellulitico. — G. H.

Gruppo *E.* — Casi misti.

Caso	Autori	Riassunto dei fatti
108	Tarnier	Guarigione col tampone (belladonna e glicerina sul tampone).
109	Depaul	Orificio interno impervio. Guarigione colle incisioni.
110	Clay	Il minimo toccamento della bocca produceva il vomito. Guarigione col riposo assoluto.
111	Wiesel	Vomito associato a grande costipazione delle intestina.
112	Fischel	Feci intasate nel colon.
113	Cleran	Il vomito migliorò coll'applicazione di sanguisughe alla cervice.
114	Cazeaux	Miglioramento il giorno dopo di un consulto. Diarrea (?) Miglioramento dovuto alle manovre manuali.
115	Chazan	Il vomito cessò dopo un' esplorazione sotto il cloroformio (vedi relazione del caso).
116	Pugliatti	Feto morto, vomito persistente, conglomerazioni cistiche obliteranti il punto d'unione della cervice colla vagina (vedi caso).

Caso 108. Tarnier, *Journ. de Méd. et de Chir. Prat.*, giugno 1885. Caso riferito da Marcou (vedi Pugliatti, p. 442).

Paziente pluripara. Al terzo mese fu presa da vomito grave ed allarmante. Varî mezzi tentati furono trovati inutili. Finalmente fu introdotto dentro la vagina un grande tampone e vi fu fatto rimanere. Il vomito cessò e non riapparve. Un po' di glicerina e di belladonna era stata posta sul tampone; ma Tarnier credette che la guarigione dipendesse dall'azione meccanica del tampone, e legò poca importanza al medicamento.

Caso 109. Depaul, *Saggio di Anquetin, loc. cit.*

(Questo è un caso, citato da Anquetin, interessante rapporto alla questione sollevata dai casi di Copeman). In un caso di vomito fu deciso l'aborto al settimo mese. Si trovò un'obliterazione completa dell'orificio interno della cervice. Vennero praticate delle incisioni; il parto ebbe luogo. Bambino vivente.

Caso 110. Clay, *Gaz. Hebdom.*, 1857.

La paziente, di anni 34, aveva avuto cinque aborti. Sesta gravidanza a 40 anni. Il vomito si manifestò al settimo mese. Clay si decise più tardi a provocare l'aborto. Introducendo il dito, egli trovò la cervice uterina così sensibile che il minimo toccamento produceva il vomito. Avendo visto che ne era il caso, egli stabilì di provare gli effetti del riposo. La paziente fu messa a letto, ed in ventiquattr'ore potè prender cibo. Essa giunse al termine della gravidanza. Il vomito ricompariva sempre quando essa stava all'impiedi.

Lo stato di iperestesia della cervice uterina a sette mesi di gravidanza — tanto che il minimo toccamento produceva il vomito — è una circostanza notevole in questo caso, e l'utilità del riposo, il quale presumibilmente rese più facile la necessaria espressione, è un fatto molto interessante e di grande insegnamento.

G. H.

Caso 111. Wierel, *Wien. Med. Pr.*, N. 29, 1889.

La paziente era una primipara, di anni 20. Si lagnava di dolore all'addome e vomito. Lo stomaco non riteneva nulla; grande emaciazione. Alvo considerevolmente chiuso, urina scarsissima (durante il terzo mese). Molti rimedi, nessun vantaggio. Le intestina finalmente furono vuotate con vaste irrigazioni di latte caldo.

Caso 112. Fischel, *Rép. Universel d'Obstétr. et de Gynécol.*, 1886, pag. 24.

La paziente, VII para, a quattro mesi di gravidanza fu presa da vomito grave, resistente al cloralio ed alla morfina. Si trovò un tumore a forma di una corda che traversava trasversalmente l'epigastrio, e che simulava un carcinoma della grande curvatura dello stomaco o dell'epiplon; nella fossa iliaca destra un

altro tumore cilindrico, mollastro, evidentemente il colon ascendente con contenuto fecale. La paziente migliorò coi purganti ripetuti.

Caso 113. Cleran, *Gaz. Hebd.*, 1, 253 (Anquetin).

La paziente era una nullipara. Il vomito si manifestò al terzo mese. Tutti i rimedi non aveano avuto alcun valore per quindici giorni, quando furono applicate dodici sanguisughe al collo dell'utero, e due ore dopo fu presa una zuppa. Non ci fu altro disturbo. Parto a termine di due gemelli.

Caso 114. Cazeaux, *Anquetin, loc. cit.*

Paziente gravida da due mesi e mezzo. Il vomito si manifestò una quindicina dopo l'inizio della gravidanza; il minimo cucchiaio di liquido lo produceva. Dubois e Chomel, consultati, fecero una prognosi disperata. Nondimeno, il giorno dopo il consulto la paziente fu presa da un dévviement assai profuso. Il vomito cessò istantaneamente.

Il miglioramento fu dovuto alle manovre manuali? — G. H.

Caso 115. Chazan, *Cent. f. Gynaek.*, N. 2, 1887.

Paziente gravida per la quarta volta. Il vomito si manifestò durante il terzo mese. Non si scoprì alcuna anomalia uterina. La paziente pareva desiderasse che si ponesse fine alla sua gravidanza. Dopo un certo tempo fu fatta un'altra esplorazione sotto il cloroformio, poichè la cura adottata non aveva avuto alcun effetto. Non ci fu più vomito dopo questa esplorazione.

Pugliatti, che cita questo caso, osserva: « Perchè cessò il vomito? Non fu perchè la paziente credette che l'uovo fosse stato tolto? » Un'altra spiegazione può suggerirsi, cioè, che le manovre usate durante l'esplorazione liberarono l'utero da uno stato d'incuneamento, e così mitigarono il vomito. — G. H.

Caso 116. Pugliatti, *loc. cit.*

M. M., di anni 37, Vpara. Vomito frequente e grave, ma non incoercibile. A quattro mesi convulsioni isteriche. Allora sentì i movimenti del feto; questi continuarono per due settimane, quindi cessarono. Il vomito allora divenne intenso. Visitata per la prima volta dallo scrittore quando era gravida da circa cinque mesi. Il suo stato dinotava grande sofferenza. Utero in posizione leggermente obliqua laterale sinistra; forma sferoidale; fondo nella zona media, sotto l'ombelico. Non si sentiva alcun rumore fetale. Cervice dolente al tatto, gonfia, molle, nel terzo inferiore, forma conica, base corrispondente all'orificio esterno; le due labbra molto divergenti. Presenza di molto muco nella cervice. Ovuli rosso-bluastri di Naboth irregolarmente disseminati. Conglomerazioni cistiche obliteranti il punto d'unione della cervice colla vagina impedivano il passaggio di una sonda. I mezzi palliativi furono impiegati per circa dieci giorni. Quindi fu reputato necessario

l'aborto; il feto fu creduto morto. Una candeletta fu introdotta con difficoltà, e trattenuta alcune ore. Una seconda candeletta fu necessaria il giorno seguente, e molto muco venne fuori dopo la prima. Finalmente, espulsione di un feto mummificato. Guarigione della madre.

Questo caso prova (dice Pugliatti) che la morte del feto non sempre guarisce il vomito. Quanto all'affezione uterina, vi era endocervicite e degenerazione cistica dei follicoli mucosi. L'uso della candeletta produsse, egli aggiunge, la rottura delle cisti, la fuoriuscita della secrezione e diminuì la pressione sui nervi.

Alcuni altri casi interessanti, pubblicati mentre queste pagine si stanno stampando, si trovano a pag. 89.

Analisi dei casi classificati nei gruppi *B*, *C*, *D*, allo scopo di determinare l'influenza delle anomalie dell'utero nella produzione del vomito grave della gravidanza.

I casi riferiti mostrano l'esistenza di varie anomalie uterine. Quelle osservate più frequentemente comprendono: *a)* Spostamenti uterini, insieme ad incuneamento, fissazione, o detenzione dell'utero nella pelvi; *b)* Rigidità, contrazione, ecc., della cervice e della bocca dell'utero; *c)* Alterazioni infiammatorie in o vicino all'utero.

Queste anomalie saranno ora considerate secondo l'ordine di frequenza.

Leggendo tutti i casi raggruppati in *B*, *C*, *D*. si osserverà che vi è uno stato anormale di cui si notò la presenza in un grandissimo numero di essi, cioè, la *fissazione o l'incuneamento dell'utero nella pelvi*, insieme a varie specie di spostamento, di grado vario nei differenti casi.

Presenza di fissazione od incuneamento in unione a retroposizione dell'utero *(Gruppo B)*.

Dei 19 casi di retroposizione menzionati sopra nel gruppo *B*, è detto che l'utero si trovava incarcerato nel caso di Moreau (29), e solidamente incuneato nella cavità del sacro nel caso di Campbell (38). Nel caso di Stoltz (28) esso non era perfettamente fissato nella pelvi, ma vi era detenuto, poteva facilmente esser sollevato, ma non poteva esser mantenuto in posizione adatta, e l'aborto dovette essere provocato. Nel caso di Godson (33) si avea la stessa condizione, ma coll'aiuto di un pessario la paziente si guarì. Nel caso di G. Hewitt (31) la condizione era simile, ma si provò grande difficoltà a sostenere l'utero; quando fu messo nella giusta posizione il miglioramento fu completo. Nel caso 45 i tentativi

di ridurre lo spostamento fallirono, ciò che implica la presenza di un certo grado di incuneamento. Negli altri casi non pare che l'utero sia stato incuneato, almeno a tal segno da impedire il suo innalzamento.

Incuneamento, incarceramento e detenzione in unione ad antiversione, ecc., nei casi sopramenzionati nel gruppo *C*.

È necessario di porre particolare attenzione ai dettagli di questi casi, poichè il fatto dell'incuneamento di un utero gravido antiflesso è stato posto in dubbio. L'incuneamento dell'utero gravido in istato di antiversione e flessione è una circostanza prominente in molti dei casi suddetti. I seguenti possono citarsi a prova di questo asserto.

Il caso di Stoltz (47) è un caso notevole. Degli sforzi furono fatti per sollevare l'utero antiverso, incuneato. Il movimento dell'utero pare facesse bene, ed il giorno seguente fu preso del cibo; ma 5 giorni dopo sopravvenne uno stato irrimediabile, e si ebbe la morte. Il vomito si riferiva evidentemente allo stato dell'utero.

Il caso di Ulrich (48) è ugualmente importante. Molti tentativi furono fatti per ridurre l'utero deviato, tutti senza successo. Morte. L'autopsia confermò la diagnosi, flessione a 3 poll. dall'orificio esterno. Ulrich credette che la difficoltà dell'espansione dovuta alla flessione fosse la causa del vomito.

Nel caso di Murro (52) l'utero era acutamente flesso e completamente fissato. I tentativi fatti per sollevare l'utero fallirono. Fu provocato l'aborto.

Nel caso di Copeman (58) l'utero era molto antiverso e giaceva in basso Fu eseguita la riduzione colla pressione; non è detto se fu necessaria molta forza. Non ci fu dilatazione dell'orificio esterno in questo caso, ma si ebbe la guarigione del vomito sollevando l'utero.

Nel caso di Copeman (59), antiversione, e raddrizzamento colla pressione, con miglioramento. Una sola leggiera dilatazione il giorno appresso. Guarigione.

Nel caso di Graily Hewitt (70), l'utero si trovava antiflesso obliquamente nella pelvi a sei mesi di gestazione; ciò si credette dovuto a cellulite consecutiva al parto precedente. Non fu tentato il raddrizzamento immediato; aborto a sette mesi.

Nel caso di Graily Hewitt (73), utero antiflesso piegato dietro al pube; gravido a tre mesi. La posizione dorsale continua fu efficace per la guarigione del vomito.

Nel caso di Horwitz (77), incuneamento dell'utero antiverso. Raddrizzamento assai difficile, perchè produceva molto dolore.

Nel caso di Horwitz (78), incuneamento dell'utero marcatamente antiverso. Riduzione assai difficile. Morte.

Nel caso di Horwitz (79), utero antiflesso, giacente in basso, incuneamento apparentemente irriducibile. Aborto artificiale; morte (complicazione di ulcera gastrica).

Nel caso di Horwitz (80) l'utero era antiverso, incuneato. Fu ridotto con grande difficoltà, producendo molto dolore. Tamponi. Aborto artificiale. Guarigione.

Nel caso di Horwitz (82) vi era incuneamento assai spiccato; il fondo era curvato in avanti, ed a destra, antiflessione; incuneamento. Dolore quando si tentava la correzione. Dilatazione. Finalmente aborto artificiale. Guarigione.

Nel caso di Horwitz (83), antiversione marcata, porzione vaginale assai spessa. Il tentativo di correggere la posizione produce grande dolore. Dilatazione ineseguibile. Aborto artificiale. Morte.

Nel caso di Haslett (84), utero antiflesso, incuneamento. I tentativi di riduzione fallirono. Aborto artificiale. Guarigione.

Nel caso di Davis (85), utero antiflesso; fondo dolente, ingrandito, solidamente fissato ad un livello inferiore a quello dell'orificio esterno. L'utero fu rialzato colle dita; tale posizione fu mantenuta da un pessario elastico. Guarigione.

Nel caso di Campbell (86), utero antiverso, che comprimeva molto la vescica. Riduzione, col sussidio della posizione genu-pettorale. Fu applicato un pessario.

Nel caso di Graily Hewitt (87), utero duro e dolente al tatto, notevole resistenza alla pressione, senso di torpore. Miglioramento portando il corpo dell'utero in alto; ritorno del vomito nella notte, ridiscesa dell' utero. Fu usato un pessario a globo d'aria con buon effetto per ventiquattr'ore. Il vomito poteva frenarsi aiutando l'innalzamento dell'utero con una pressione fatta di tanto in tanto dalla vagina. Recidiva parziale circa una settimana dopo; l'utero prese allora una posizione obliqua, col fondo a sinistra e la cervice a destra (apparentemente perchè trovava più spazio nel diametro obliquo). Il pessario a globo d'aria fissato di nuovo per quattro ore. Quindi gravidanza normale.

Nel caso di Doe (88), utero marcatamente antiverso, compresso sul pube. Poteva esser sollevato dalla pelvi, ma vi *ricadeva immediatamente togliendo il dito.* Curato coll'uso dei tamponi vaginali. Guarigione. In una precedente gravidanza vi era stato vomito, meno grave, che cessò istantaneamente e completamente dopo che il medico per caso sollevò l'utero.

Nel caso di Veatch (90), antiversione estrema. La paziente non volle che si facesse un tentativo di raddrizzamento. L'aborto (non provocato) ebbe luogo un mese dopo. Morte.

Nel caso di Smith (95), presenza di antiversione ed antiflessione, ma non più di quanto egli avea osservato in altri casi in cui i sintomi allarmanti che si notavano in questo caso, mancavano. Non si notò incuneamento. Grande emaciazione Cure inefficaci. Fu provocato l'aborto. Guarigione. Quando fu provocato l'aborto,

lo spostamento, dopo sei settimane che si era notato per la prima volta, era grandemente diminuito.

Nel caso di Kingman (97), l'utero giaceva nella pelvi; antiflessione del corpo e della cervice, labbro posteriore compresso sul piano pelvico, labbro anteriore allungato, e proiettantesi nell'asse vaginale. Nella posizione genu-pettorale l'utero fu sollevato al di sopra del piano pelvico, e vi fu trattenuto da un leggiero pessario (per l'ulteriore trattamento, *vedi* il caso). In questo caso il corpo uterino si portava facilmente da una posizione in un'altra, secondo l'azione della gravità.

Nel caso di Guéniot (98) l'utero giaceva in basso; la sua cervice, fortemente flessa, era quasi schiacciata dal peso del corpo sul perineo. La cervice fu disimpegnata, la paziente posta in posizione dorsale, con la pelvi rialzata. Guarigione rapida.

Nel caso di Graily Hewitt (100) la paziente era stata curata con un buon successo per vomito grave in due precedenti gravidanze. Gravida di nuovo dopo sei anni, soffre nuovamente per vomito grave. Antiflessione che si faceva più intensa colla posizione eretta, e che produceva vomito intenso e languore; essudato solido nell'angolo della flessione. L'innalzamento del fondo e l'uso di un pessario a globo d'aria la ristabilirono completamente.

In non meno di 23 casi di vomito grave, quindi l'antiversione e flessione erano associate a marcato incuneamento, od incarceramento, o detenzione, e conseguente ostacolo al sollevamento del corpo dell'utero nella pelvi. Anche il caso di Jaggard *probabilmente* è della stessa natura.

Il fattore che segue per importanza numerica nella spiegazione del vomito osservato nei casi suddescritti è lo

Indurimento, inspessimento, o contrazione della cervice uterina nei gruppi di casi segnati *C* e *D*.

In un numero considerevole dei casi surriferiti vi era uno stato anormale della cervice uterina, dimostrabile col tatto in molti di essi, e consistente in *durezza, tumefazione, ed inspessimento della porzione vaginale della cervice uterina* o contrazione e rigidità della cervice, che si palesava tentando di dilatare il canale cervicale.

Nel primo caso di Dance (103), in cui ci fu un esame necroscopico, è detto che la cervice avea forma simile al glande del pene, lunga 1 poll., e formava un elargamento rotondo, cilindrico, terminantesi dalla parte dell'utero con una retrazione piuttosto considerevole. Vi era ancora del pus tra la decidua e l'utero.

Nel caso di Enrico Bennet (50), cervice voluminosa, indurita, specialmente il

labbro inferiore e la circonferenza dell'orificio esterno presentano una superficie fungosa, sanguinante.

Nel caso del Copeman (60) il labbro posteriore si trovava duro ed immobile, l'orificio esterno permetteva solo l'introduzione di una candeletta uretrale. Fu eseguita la dilatazione graduale. Dopo un riposo di due giorni, miglioramento.

Nel caso di Duke (64), tessuti dell'orificio esterno durissimi e cartilaginei. Dilatazione digitale. Guarigione.

Nel caso di Gooch (65), dilatazione digitale, fuoriuscita di pus dall'utero. Guarigione. (?) Indurimento.

Nel caso di Fry (68), cervice, e specialmente il labbro posteriore, dura e cartilaginosa. Fu usata una lunga e stretta pinza da gola con una certa forza, per dilatare il canale. Miglioramento immediato.

Nel caso di Graily Hewitt (71), forte congestione, ipertrofia, con antiflessione. Gravidanza dopo una cura di alcuni mesi, ed aborto precoce. Dopo breve tempo, un'altra gravidanza; grave vomito; aumento di volume notevole della cervice, che era spessa e molto fissa. Utero antiverso. Fu proposta la dilatazione di Copeman essendo il vomito grave. La dilatazione, difficilissima, fu eseguita con un dilatatore di acciaio bitagliente fino al diametro della prima articolazione del dito mignolo; con alcuni intervalli, la dilatazione occupò otto ore. Miglioramento il giorno appresso, aborto in due giorni. Morte una quindicina dopo.

Nel caso di Horwitz (78), cervice piuttosto dura. Antiversione.

Nel caso di Horwitz (79), porzione vaginale molto allungata, inspessita, gastrite.

Nel caso di Horwitz (81), cervice molto inspessita, quantunque rammollita.

Nel caso di Horwitz (82), porzione vaginale piuttosto dura, conica. Metodo di Copeman; lieve miglioramento soltanto.

Nel caso di Graily Hewitt (87), segmento inferiore dell'utero duro al tatto, gonfio, e dolente; incuneamento dell'utero nella pelvi. Contemporaneamente, vomito gravissimo. Miglioramento colla pressione in alto; recidiva dopo qualche tempo, ecc. L'incuneamento, ch'era un fatto importante in questo caso, era sempre accompagnato da durezza e gonfiore della parte anteriore inferiore dell'utero, come pure da una pulsazione curiosa, facilmente sensibile dell'arteria uterina.

Nel caso di Doe (88), cervice fissa ed immobile.

Nel caso di Meredith (96), antiflessione, cervice dura, col suo labbro anteriore più inspessito che il resto. Fu praticata una leggiera dilatazione; poco vantaggio In seguito, dopo l'uso per due volte della tenta-spugna, la dilatazione ebbe un buon termine. Parto quasi a termine.

Nel caso di Kingman (97), utero basso; antiflessione del corpo e della cervice, essendo il labbro posteriore compreso nel piano pelvico, il labbro anteriere

sollevato, e proiettantesi nell'asse del lume vaginale. Nella posizione genu-pettorale il corpo dell'utero si sollevò sul piano superiore della pelvi.

Nel caso di Guéniot (98), utero basso; la sua cervice, fortemente fissa, era come schiacciata dal peso del corpo sul perineo. Miglioramento col collocare la paziente in posizione dorsale e col sollevare la pelvi.

Così, si vedrà che in 10 casi vi era evidente indurimento della cervice, ed in 2 di essi la resistenza alla dilatazione si trovò davvero grandissima. Nel caso di Dance pare che ci sia stata una retrazione (? flessione) al punto d'unione del corpo colla cervice. In 2 altri casi, si osservò un'evidente compressione della cervice nel piano pelvico.

Il fattore che segue per importanza numerica è la

Presenza di alterazioni infiammatorie nel o vicino all'utero, con fissasazione dell'utero in alcuni casi *(gruppo D)*.

I più rilevanti fra questi casi sono registrati nel gruppo *D*.

Nel caso di Chomel si trovò del pus sulla decidua.

Nel primo caso di Dance 103) c'era pus denso tra la placenta e l'utero; placenta completamente aderente; come pure uno stato speciale della cervice.

Nel secondo caso di Dance (104), pareti uterine sottilissime, molli, ed in istato di ingorgo sanguigno. Cervice simile ad un piccolo capezzolo, corta.

Nel caso di Gooch (65), fuoriuscita di una secrezione molto nociva in seguito alla dilatazione della cervice.

Nel terzo caso di Horwitz (106) vi era essudato perimetrico, piuttosto solido, al lato sinistro dell'utero, in seguito a brividi. Utero fissato, dolente.

Nel sesto caso di Horwitz (107), un tumore irregolare (probabilmente cellulitico. G. H.), dolente al tatto, a sinistra, dietro all'utero. Fu creduto, erroneamente, che si trattasse di gravidanza extra-uterina.

Nel caso di Jaggard (105), decidua anormalmente ipertrofizzata; è descritto come un caso di endometrite delle gravide. L'aborto artificiale fu provocato a cinque mesi.

L'idea di Horwitz sulla presenza di un'infiammazione parenchimatosa delle pareti uterine nei casi di grave vomito della gravidanza è stata già accennata (vedi p. 44). In parecchi dei miei casi le pareti erano, com'egli giudicò, anormalmente inspessite, e l'utero alterato quanto alla sua posizione; il cambiamento di posizione egli lo attribuì all'infiammazione parenchimatosa delle pareti. Ma egli stesso dice: probabilmente essa comincia prima che cominci la gravidanza, poichè difficilmente possiamo credere che in un tempo così breve l'azione infiam-

matoria possa produrre effetti così spiccati. Egli, quindi, trova insufficiente la sua propria spiegazione. La vera spiegazione pare sia, che lo stato dei tessuti cervicali prima della gravidanza è tale da impedire l'espansione uterina; per cui quasi-infiammazione, gonfiore, ecc.. di quei tessuti quando sopravviene la gravidanza.

In un certo numero dei casi surriferiti è detto che c'era dolenzia dell'orificio esterno, o della cervice, o della parte inferiore del corpo uterino, insieme a tumefazione della parte affetta, e questa dolenzia localizzata e tumefazione evidentemente accennano ad un'azione quasi infiammatoria od infiammatoria. Questo stato si notava principalmente nei casi 87 e 100. Queste tumefazioni vanno e vengono, spesso rapidamente, come io ho avuto occasione di notare. La loro presenza coincide coll'aumento del vomito, ed il vomito spesso sparisce quando il corpo dell'utero è spinto in alto; ciò che porta alla conclusione che il raddrizzamento della posizione dell'utero toglie la tensione e diminuisce la tumefazione.

Ulteriori osservazioni su questo proposito s'incontreranno in seguito, discutendo la questione sulla metrite e la sua influenza ed ostacolo alla espansione uterina.

(Continua).

RASSEGNA

Studii di Ostetricia e Ginecologia.

Volume dedicato al Prof. Domenico Tibone nel 25.° anno d'insegnamento.
Milano, Tipografia Bernardoni, 1890.

G. INVERARDI. — Dodici casi di ovaro-salpingectomia.

Alla relazione delle storie cliniche l'A. fa seguire talune considerazioni relative al tecnicismo ed agli effetti immediati dell'operazione. In tutti i casi l'atto operativo fu indicato da malattie degli annessi e l'esito fu la guarigione. Taluna volta si praticò la lavatura del peritoneo con soluzione calda salicilica, la ferita addominale venne sempre suturata a 4 strati, ed il coalito fu sempre perfetto. Il breve tempo trascorso permette solo di riferire sugli effetti immediati, e fra questi nota l'A. come 10 operate presentarono nei primi giorni una molestissima sensazione alla faringe, avente in alcune il carattere di vellicamento ed in altre quello di bolo isterico, onde, poichè nelle altre 2 in cui la strettura del peduncolo fu assai minore, e questo fu legato isolatamente nei suoi elementi, tali molestie mancarono, l'A. si propone di stringere il peduncolo quanto basta per avere una sicura emostasi e non più.

Nei casi in cui difficile fu la ricerca degli annessi e lo sciogliérli dalle aderenze, l'O. non ricorse mai al tagliente per farsi la strada onde arrivare sugli annessi stessi, ma preferì di arrivare a quelli per qualche fenditura o lacuna esistente fra gli essudati, allargandola anche colle dita. Le aderenze anche se antiche e robuste si staccarono sempre a spese degli organi malati, e mai si mise allo scoperto il cellulare che trovasi nello spessore del legamento largo, nè quello pelvico, nè vennero lesi nella loro continuità i visceri che coll'ovaio e colla tuba avevano contratto aderenze.

T. FERRARI. — Due operazioni cesaree (metodo conservatore).

1.° Caso.

I para rachitica il cui bacino presenta le misure: Circ. pelv. 77; Sp. 22.5; Cr. 26.5; Btr. 28.5; C. B. 15.5; C. D. 8.3; C. O. 6.7.

Il travaglio insorge un mese e mezzo prima della fine della gestazione e prosegue ad onta di ripetute amministrazioni di oppiati e si interviene a dilatazione

completa, acque colate da due ore, presentazione non raggiungibile, temperatura 38. Non si applica laccio emostatico e si fa una prima sutura che comprende la mucosa e metà della parete muscolare ed una seconda che riunisce il resto del muscolo e la sierosa. Dette suture con seta ed a punti continui al pari di una terza superficiale alla Lembert. Coalito regolare ed andamento normale fino alla 9.ª giornata in cui insorge un processo di peritonite circoscritto all'angolo formato dal colon discendente e dal colon trasverso e corrispondente alla sede di grande accumulo di feci. Una puntura esplorativa evacuò 30 gr. di pus, e regolarizzatesi in breve le funzioni dell'intestino la guarigione fu completa. Sebbene esistesse incipiente endometrite cervicale non praticò l'amputazione utero-ovarica comechè questa sia cura irrazionale per l'infezione settica con tale localizzazione.

2.º Caso.

Soggetto rachitico i di cui due primi parti furono operativi ed in cui altre volte si provocò il parto prematuro al settimo mese, entra nella clinica a termine di gestazione, dilatazione completa, sacco rotto e presentazione di vertice mobile sullo stretto superiore. Diametri: Sp. 27; Cr. 28; Btr. 31; C. B. 16; C. D. 8.7 C. O. 7.2. Prescelta dalla paziente l'operazione, questa viene eseguita colle stesse norme che guidarono l'O. nel caso sopracitato. Decorso regolare, coalito perfetto. La donna si alza da letto in 12.ª giornata.

E. ZARAMELLA. — **Di un caso di gastro-isteropexi per prolasso uterino di terzo grado.**

Aperto il cavo peritoneale e sollevato l'utero ad un livello tale da togliere affatto ogni piega vaginale, il prof. Inverardi procedette a 4 punti di sutura intercisa penetrando coll'ago attraverso all'aponeurosi, ai muscoli ed al peritoneo a brevissima distanza dal margine della ferita addominale, trapassando l'utero per l'estensione di 2 cent. e per la profondità di 3-4 mm. per poi fuoruscire attraversando peritoneo, muscoli ed aponeurosi. Fatta la sutura continua del peritoneo, detti 4 fili vennero rispettivamente annodati fra loro, ed il resto della breccia fu chiusa a strati.

Apiressia, coalito completo, la donna lascia il letto in 14.ª giornata e l'utero fortemente fissato alla parete addominale ne segue i movimenti. Materiale di sutura fu la seta.

G. FERRUTA. — **Descrizione di un bacino trasversalmente ristretto (Bacino di Robert).**

Importanti in questo bacino sono la riduzione enorme dei diametri trasversi in tutte le sezioni, l'atrofia sacrale, la mancanza di un'ala, l'atrofia dell'altra, le sinostosi sacro-iliache, la deformità dello scavo diviso quasi in due canali, la

lieve obliquità. Questi caratteri permettono, sebbene l'atrofia sacrale sia solo di medio grado, di aggiungere questo bacino a quegli altri tre che meritano strettamente il nome di bacini di Robert. Manca affatto ogni indicazione sulla storia del caso.

G. CALDERINI. — **Del parto prematuro artificialm. provocato in Italia.** Indicazioni e metodi.

Questa memoria venne presentata al X.° Congresso medico-internazionale di Berlino, 1890. I risultati ottenuti e le deduzioni pratiche vennero riferiti nel N. 2, anno 1891, pag. 154-155 degli *Annali.*

G. CROSTI. — **Sul processo di cornificazione della vagina nei prolassi.**

L'A. intraprese delle ricerche comparative fra la costituzione istologica della pelle e quella della vagina normale e prolassata. In seguito a prolasso permanente l'epitelio vaginale, che corrisponderebbe allo strato spinoso dell'epidermide, ma che ne differisce per caratteri anatomici e chimici, diviene del tutto analogo ad esso strato, ed evidentissimo appare quello granuloso che prima mancava. Al di sopra di questo strato, quale rappresentante degli strati cornei, ne esiste uno solo risultante da elementi cellulari lassamente connessi. Il nucleo non è più colorabile e spesso manca lasciando al suo posto un vacuolo, e le cellule più superficiali sono disgregate così da lasciare fessure e vani, e qua e là se ne incontrano di pressochè completamente staccate. La irregolarità di superficie che ne risulta spiega la sensazione di asprezza che il dito avverte scorrendo sulla vagina prolassata. Quando nei prolassi persistono le rugosità proprie della vagina non è raro riscontrare nei rialzi i caratteri della trasformazione epidermoidale, e nelle insenature le traccie della struttura primitiva normale. Profondamente nelle insenature vedonsi spazii linfatici come nell'epidermide, ma mano a mano che si sale compare attorno al nucleo un'alone bianco-perlaceo con reazione amiloidea, il nucleo si raggrinza ed il protoplasma viene cacciato alla periferia delle cellule. Progredendo la degenerazione amiloidea con espansione eccentrica, negli strati superiori il protoplasma periferico si riduce sempre più in volume, scompaiono gli spazii intercigliari ed il contorno protoplasmatico di una cellula, unendosi con i contorni protoplasmatici analogamente assotigliati delle cellule vicine, dà luogo alla formazione dei cordoni che costituiscono una specie di trama contenente le cellule. L'estremo libero della sezione è rappresentato in questo punto da uno strato continuo allo strato corneo dei rialzi vicini, ma caratterizzato da struttura fibrosa e dalla presenza de' residui nucleari colorabili. L'aspetto fibroso è conseguenza della diminuzione e scomparsa delle masse amiloidee: le trabecole protoplasmatiche ponno addossarsi al

residuo nucleare e farsi stipate così da simulare fibre a decorso trasversale. Le modificazioni sebbene così profonde, pure non dipendono da lavorìo biochimico primitivamente diverso, ma rappresentano fenomeni secondarii di influenze estranee al tessuto e diverse.

Le cause per le quali nella pelle è permessa la formazione di uno strato corneo tanto diverso da quello che si riscontra nella vagina, sono da ricercarsi nella presenza delle ghiandole sebacee e sudorifere cui devesi la cementazione degli elementi cellulari. Lo strato corneo della vagina sottile, arido, macerabile, disgregato per mancanza di uno strato protettore adiposo, protegge male le vie linfatiche ed è quindi all'insufficienza dello strato corneo causata da mancanza di organi ghiandolari a prodotto grasso che la vagina non per la costruzione cornea, ma a malgrado di essa, riesce più vulnerabile della pelle.

B. POZZOLI. — Di un caso di operazione cesarea Saenger con esito felice per la madre ed il feto.

Venne eseguita a termine di gravidanza ed a travaglio iniziato su donna il cui bacino irregolarmente ristretto rachitico, offriva solo indicazione relativa di tale atto operativo.

Circ. pelv. 79; Sp. 25; Cr. 25; Btr. 31; C. B. 17; C. D. 8.3; C. V. 6.8;

L'utero venne sgusciato dal cavo addominale ed inciso dopo aver chiusa provvisoriamente la parte superiore della ferita con due Muzeux, l'emostasi provvisoria si ottenne con una cravatta di garza (Sänger), e lavata la cavità con soluzione fenicata, il prof. Calderini praticò la sutura profonda rispettando la caduca, e la superficiale col metodo di Leopold. Materiale di sutura la seta. Puerperio regolare, feto vivo e sano. Un mese dopo l'atto operativo il fondo uterino arrivava ad un dito trasverso al disotto del bellico, avendo il viscere contratto aderenze colla cicatrice delle pareti addominali. Utero misurante 11 cent. Sei mesi dopo l'utero lungo 10 cent. aderiva alle pareti addominali, ma non esisteva alcun disturbo, e le mestruazioni ricorrevano regolari e non dolorose.

G. DE-LAMA. — Descrizione anatomica di un mostro.

Molte ed importanti sono le anomalie di formazione che presenta il mostro e le principali sono le aderenze ammiotiche del cuoio capelluto alla placenta, la brevità del cordone (13 cent.), la saldatura delle ossa della metà del capo e l'atrofia della cavità cranica del lato corrispondente, la spaccatura mediana della faccia, lo spostamento delle orbite, l'eviscerazione, la mancanza di un arto addominale e l'atrofia di quello toracico corrispondente, la scoliosi, ecc. Questa mostruosità complessa deve essersi prodotta nei primordi di sviluppo dell'embrione quando si forma il sacco amniotico e si deve chiudere il grande ombelico fetale e quando

le aderenze per vicinanza, senza bisogno d'intervento di processi infiammatorii, possono facilmente avvenire. Crede ancora l'A. come probabile che il capuccio laterale destro amniotico non siasi bene formato per cui la lamina destra non si chiuse ed i visceri rimasero fuorusciti, e che il sacco amniotico abbia compresso il lato destro del feto, e che la scarsità di liquido amniotico dei primordi dello sviluppo abbia prodotte le briglie e le aderenze da cui le deformazioni della testa.

A. CUZZI. — Il laccio elastico nel trattamento intraperitoneale del peduncolo nelle laparotomie.

L'A. fa la storia del laccio elastico nel campo laparotomico e peculiarmente nell'amputazione sopravaginale dell'utero miomatoso con affondamento del peduncolo e presenta una serie di 71 laparotomie, esponendo per esteso quattro casi di laparomiomotomia nei quali seguì tale metodo ed un caso di nefrectomia nel quale pure il laccio elastico venne abbandonato. Ebbe un insuccesso per emorragia lenta indipendente dal peduncolo. Descrive quindi i reperti macroscopici e microscopici di due monconi d'uteri operati con questo processo e raccolti a morte della operata avvenuta rispettivamente dopo 36 ore ed in 5.ª giornata dell'atto operativo. Le sezioni del tessuto uterino al disotto del laccio costrittore lasciano distinguere una struttura perfettamente corrispondente alla normale, e quelle invece praticate a livello del laccio mostrano che nelle parti centrali del moncone, il tessuto non si discosta molto da quello fisiologico, pur tuttavia essendo un po' più compatto, con meno tipica disposizione dei fasci muscolari e con nuclei più assotigliati ed allungati. Alla periferia del peduncolo ed ancora all'altezza della legatura elastica si ha un aspetto omogeneo uguale a quello di un tessuto tendineo molto compatto, e si direbbe che si tratta unicamente di sostanza fondamentale fibrillare ed omogenea. Al disopra del laccio si hanno aspetti diversi nelle diverse zone, le fibre muscolari in alcuni punti sono ancora riconoscibili, qua e là si trovano vasi molto dilatati e pieni di sangue, altrove il tessuto si direbbe prevalentemente costituito da leucociti infiltrati, e non mancano tratti dall'aspetto omogeneo più sopra indicato.

Seguono alcune considerazioni generali sull'allacciatura elastica perduta, dalle quali l'A. fa risultare che per sicurezza dell'emostasi e per risparmio di tempo e conseguenti minori probabilità di sepsi il laccio elastico è superiore a quello di seta. Riconosce per altro che l'eliminazione del materiale di costrizione è più rara per la seta, ma tale svantaggio ritiene controbilanciato dal fatto che mentre con questa bisogna adoperare molti lacci e molti nodi, col filo elastico ne bastano per lo più uno o due. I reperti dei due monconi dimostrano falsa l'opinione che in causa dell'eccessiva compressione la parte sovrastante alla struttura cada in

cancrena, e permettono di ritenere meno facile la diffusione dei piogeni verso la superficie del moncone in ragione della stipatezza dei tessuti. Infine l'A. respinge l'uso del drenaggio vaginale e conclude che se il laccio elastico perduto non può convenire in tutti i casi di laparomiomotomia, d'altra parte costituisce un processo razionale, facile e sicuro.

G. PESTALOZZA. — Studii anatomici e clinici sull'utero in gravidanza ed in travaglio.

L'A. raccolto il materiale d'osservazioni anatomiche esistenti nella letteratura (50 casi) e studiato diligentemente l'argomento sul cadavere di donna gravida al sesto mese e morta repentivamente per tetania conchiude: 1.° per la completa integrità del canal cervicale durante la gravidanza; 2.° per l'ipertrofia del tessuto proprio della cervice, segnatamente dell'elemento muscolare e principalmente dello strato esterno, col che si spiegherebbe come il canale cervicale si mantenga pressochè immutato, e perchè si produca un'abbassamento dei fornici; 3.° per la distribuzione in due fasci della musculatura uterina nel passaggio dal corpo al collo, meglio manifesto nel labbro anteriore il fascio più interno ed assai più spesso corre verso il canale cervicale incontrandolo quasi ad angolo retto nella sua parte più alta, ed il più esterno scorre in basso lungo il collo per mandare gli ultimi fasci al fornice; 4.° per l'esistenza di fibre muscolari a direzione trasversale nella parte alta del collo.

Passa quindi in rivista i caratteri che si vollero indicare quali differenziali fra corpo e segmento inferiore e trova che anatomicamente non ne esistono di spiccati, nè nell'utero, nè nell'uovo e segnala delle eccezioni al modo d'irrigazione arteriosa del segmento inferiore descritto dall'Hofmeyer. Accetta per altro l'esistenza della vena coronaria che trovò nel suo caso e preparò diligentemente.

Le differenze che non esistono nella gravidanza si producono invece durante il travaglio del parto e come semplice effetto meccanico delle contrazioni. Anatomicamente si riscontrano nelle disposizioni delle lamelle, e tali fatti portano a concludere che in casi normali, il segmento inferiore dell'utero subisca il massimo di sue distenzione prima o durante la scomparsa del canal cervicale, per successivamente ridursi ancora nella sua altezza una volta scomparso il collo ed iniziata attivamente la dilatazione della bocca uterina. Ciò clinicamente porterebbe a credere che detta distensione con relativo assottigliamento sia necessaria condizione perchè la scomparsa del collo si effettui, e perchè subentri poscia la graduale dilatazione dell'ostio uterino, e cioè che quando il segmento inferiore è molto sottile se ne possa, in condizioni normali, dedurre un pronostico di rapida scomparsa del collo e di celere dilatazione. Settantadue osservazioni cliniche confermano tali vedute.

Coll'appoggio di preparati anatomici ottenuti mediante il congelamento studia il secondo periodo del travaglio, e trova che anche nelle pluripare si ha spesso l'impegno profondo della parte presentata, riconosce che l'asinclitismo non è solo proprio dei parti in donne viziate, e di questa inclinazione della testa non pura ma complicata a mancante coincidenza dell'asse del tronco con quella della testa, dà una nuova spiegazione, ammettendo che il tronco siasi maggiormente inclinato quando la testa già impegnata non poteva seguirlo nel suo movimento.

Attribuisce alle resistenze del canale cervico-uterino grande importanza nella produzione della flessione della testa, e rigetta la teoria di Olshausen che ammette la rotazione interna dell'estremo cefalico come secondaria alla rotazione delle spalle producentesi per effetti dei cangiamenti di forme dell'utero.

Per riguardo al terzo periodo l'A. descrive un preparato che ritiene unico, e dall'esame fattone ritrae le deduzioni, che l'elasticità dei tessuti ha gran parte nella riduzione post-partum dell'utero, che la retrazione non basta a determinare e nemmeno ad iniziare il distacco, ma che essa è più attiva nel corpo che non nel segmento inferiore il quale resta floscio e cascante. Nella pausa fra le contrazioni l'attività della parete uterina si manifesta coll'azione delle fibre elastiche le quali meritano quindi notevolissima importanza.

I. CLIVIO. — Contributo alla conoscenza dei primi stadii di sviluppo della placenta in alcuni mammiferi.

(Vedi *Annali di Ostetricia e Ginecologia.* Anno 1891, pag. 856).

A. CIOJA. — Contributo allo studio della patogenesi della nefrite gravidica e dell'eclampsia.

Poichè gli studii sperimentali insegnano che l'aumento dell'urea nel sangue dei conigli è seguito da albuminuria, che il proseguimento delle iniezioni giornaliere rende permanente, e può da ultimo provocare delle vere lesioni renali, e poichè in oggi predomina il concetto che la nefrite si origina dal passaggio attraverso il rene di sostanze che agiscono alla guisa di tossici, l'A. si è proposto il quesito di ricercare se nella gravida sia aumentata la produzione dell'urea e delle sostanze estrattive.

Da 102 esami risultò:

a) la quantità media di orina in 24 ore nelle non gravide è minore che quella delle gravide primipare, ed in queste è minore che nelle pluripara.

b) la densità dell'orina delle pluripare è minore che nelle primipare e nelle non gravide si ha la densità media.

c) la quantità dell'urea per mille grammi d'orina è maggiore nelle primi-

pare che nelle pluripare, e quella totale è pressochè uguale nelle une e nelle altre: l'urea è in modo relativo ed assoluto inferiore nella non gravida in confronto alla gestante.

Accertato quindi l'aumento d'urea nel sangue per il fatto della gravidanza resta quindi, secondo i concetti suindicati, spiegata la facilità alle nefriti, e poichè questa alla sua volta induce un accumulo di tale sostanza di riduzione, che è un eccitante dei centri nervosi, ed anche un convulsivo se associato alle altre sostanze estrattive, è lecito concludere che la malattia renale produce l'eclampsia il cui scoppio può essere favorito sia dalla lunga azione di piccole quantità d'urea presenti in più nel sangue, sia da eventuale predisposizione nervosa individuale.

L. ACCONCI. — Sulla cura della parametrite suppurata.

Sono quattro casi nei quali l'evacuazione della raccolta marciosa venne praticata dalla via vaginale a mezzo di un trequarti curvo ideato dal prof. Tibone. La cannula di tale strumento presenta diversi fori al suo estremo, e, lasciata in sito, funziona come drenaggio, ed è più curva di quella di Laroyenne, e poichè si può far a meno dell'incisione e dell'applicazione del drenaggio, il manuale operatorio è molto più semplice. I risultati furono ottimi.

G. CARBONELLI. — Di una rara causa di distocia per brevità relativa del cordone ombellicale.

Narra di un caso di presentazione di faccia nel quale intervenne mediante il rivolgimento, essendo la distocia devoluta, come si verificò durante l'estrazione del feto, alla lunghezza (102 cent.) ed agli attorcigliamenti del funicolo ombellicale. Questo faceva un giro a spirale attorno al tronco, dal cavo ascellare di destra si portava sulla clavicola di sinistra, formava cinque giri attorno al collo, fino sull'angolo destro del mascellare inferiore e si dirigeva in alto sulla placenta. Esclude l'A. che i circolari del collo siano state la causa della distocia che attribuisce alla deflessione della testa mantenuta dal cordone che dall'angolo del mascellare decorrendo rasente la guancia si portava sulla placenta, ed alla sospensione del feto prodotta dalla brevità relativa del funicolo stesso. Alcune considerazioni sulla rarità di fatti consimili e sulla difficoltà della diagnosi e sulla preferenza da accordarsi al rivolgimento chiudono il lavoro.

V. GALLIA. — Contributo all'eziologia dell'osteomalacia.

L'A. raccolti i casi di questa malattia occorsi nella clinica torinese nel periodo di 30 anni, li prese in disamina avendo di mira di mettere in rilievo tutti gli

elementi che presumibilmente potrebbero essere o fatti determinanti l'osteomalacia o condizioni più o meno direttamente disponenti alla medesima. Sono 27 casi dei quali il maggior numero è di pluripara (23 : 4), ed interessanti sono specialmente quattro in cui il rachitismo figura fra le malattie pregresse. Riguardo alle influenze telluriche, l'A. trova che il maggior contingente di osteomalaciche è fornito da regioni il cui suolo è composto di roccie scarseggianti di sali calcari, e questa circostanza, che è stata segnalata anche da altri, crede almeno uno dei fattori dell'endemicità della malattia.

P. GAVIGLIA. — **A proposito di un nuovo segno per la diagnosi di morte del feto nell'utero.**

L'A. si propose di riconoscere il valore dell'asserzione di Koettnitz, cioè di verificare se la peptonuria sia veramente un segno diagnostico della morte del feto. In otto casi di parto o d'aborto di feti morti (3) o macerati (5) i peptoni non furono reperibili. Koettnitz stesso più tardi riconfermò i primi risultati, ma avendo trovato i peptoni anche in gravida a feto vivo non attribuì più alla peptonuria il significato di sintomo patognomonico della morte del feto. Al contrario l'A. appoggiandosi anche ad indagini praticate da Thomson conchiude che la presenza del peptone nelle urine della gestante, seppure esiste, è così incostante che la ricerca di esso manca di utilità pratica come segno diagnostico della morte intrauterina del feto.

Dott. F. Villa.

ANNUNCI BIBLIOGRAFICI

L'Obstétrique aux XVIIe et XVIIIe Siècles, précédé d'une étude sur l'obstétrique depuis la Renaissance, par le Docteur EMILE PLACET. Un vol. in-8 de 192 pages, avec 8 portraits et planches. Prix: **6** frs. — Librairie *J. B. Baillière & Fils,* 19, Rue Hautefeuille, Paris.

Du cancer primitif du corps de l'utérus, diagnostic précoce — traitement curatif par le Docteur BISCH, ancien interne des hôpitaux de Lyon. Un vol. gr. in-8 de 148 pages. Prix: **4** frs. — Librairie *J. B. Baillière & Fils,* 19, Rue Hautefeuille, Paris.

Prof. Luigi Mangiagalli, *Direttore responsabile.*

Milano — Tip. L. F. Cogliati, Via Pantano, 26.

Anno XIV. Aprile 1892. Num. 4.

ANNALI
DI
OSTETRICIA E GINECOLOGIA

ISTITUTO OSTETRICO-GINECOLOGICO DI NAPOLI
diretto dal Senatore Prof. O. Morisani.

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS OF ENGLAND
24 MAY 92
LIBRARY

Contributo alla pratica della Sinfisiotomia

PEL
Dott. FRANCESCO CARUSO
già Assistente nell' Istituto suddetto.

« Bisogna pur ammettere.... che il lavorìo incessante che noi osserviamo nel campo scientifico aggiunga sempre qualche cosa per cui un' idea travolta dal tempo e dimenticata o quasi, risorga poscia con veste e parvenze mutate e con nuova efficacia. »
MANGIAGALLI (1).

In questi ultimi anni, a malgrado della bella pubblicazione di Mangiagalli che presagiva la risurrezione della sinfisiotomia, facendo assegnamento sull'applicazione delle norme antisettiche all' atto operativo; a malgrado delle memorie statistico-cliniche di Novi (2) e R. Harris (3), delle comunicazioni del prof. Morisani al Congresso internazionale di Londra (4), e alla 2.ª e 4.ª riunione della Società italiana di Ostetricia e Ginecologia (5), le quali tutte dimostravano il miglioramento sempre

(1) « Una probabile risurrezione nel campo dell'ostetricia operativa. » Prolusione al corso di ostetricia nell' anno scolastico 1882-83 (Università di Sassari). *Annali di Ostetricia, ecc.*, 1883, p. 6. Questo lavoro in alcune recenti bibliografie della sinfisiotomia venne registrato, per isbaglio, non sotto il nome dell'A., ma sotto quello di Sassari.

(2) « La sinfisiotomia rifugiata presso la Scuola Napoletana. » Napoli, 1881.

(3) « The revival of Symphysiotomy in Italy etc. » *Amer. Journ. of. the med. Sc. for Jan.*, 1883.

(4) « Sulla sinfisiotomia. » *Annali di Ostetricia, ecc.*, 1881, p. 615.

(5) « Ancora della sinfisiotomia. » *Annali di Ostetricia ecc.*, 1886, p. 345-91; « Sempre della sinfisiotomia, due nuovi casi con commenti. » *Annali di Ostetricia, ecc.*, 1888, p. 448-50.

crescente dei risultati dell'operazione e insistevano sulla necessità che la medesima trovasse finalmente diritto di domicilio fra le operazioni ostetriche, la sinfisiotomia ha continuato ad esser bandita dalla pratica ospitaliera e privata di tutti i paesi. Per convincersi del conto in cui generalmente si è seguitato a tenerla, basta leggere quanto se n'è scritto nei principali trattati di Ostetricia che hanno visto la luce in questo ultimo decennio.

Kleinwächter (1), ad esempio, affermava « appartenere all'Italia, è doloroso dirlo, la triste gloria di coltivare ancora fin oggi questa operazione vuota di senso. »

Zweifel (2), facendone menzione pel solo interesse storico che ha, trovava che il principio su cui si basa è falso.

Fehling (3) diceva che quando una donna si presenta all'ostetrico a termine di gestazione, se il feto è vivo, si deve far ricorso al taglio cesareo, se è morto alla craniotomia, come operazioni molto meno pericolose; e che nel ripudiare la sinfisiotomia era di accordo con gli ostetrici tedeschi, inglesi e francesi.

Penard e Abelin (4) erano d'avviso « la sinfisiotomia essere una cattiva operazione, che al presente si pratica soltanto nei teatri anatomici, e che bisognerebbe perciò cancellare definitivamente dal quadro delle operazioni ostetriche. »

F. Winckel (5) si esprimeva così: « ciò che la sinfisiotomia promise non ha mantenuto, e ciò che dalla stessa non si aspettava (ferite della vescica, lacerazione dell'articolazioni sacro-iliache, carie della parete anteriore del bacino) ha portato in ricca copia; possa dunque esser seppellita per sempre. »

Charpentier (6) ammetteva la sinfisiotomia essere a rigore possibile,

---

(1) « Die geschichtliche Entwicklung der Geburtshülfe etc. » in *Müller's Handbuch der Geburtshülfe,* 1888, Bd. 1, p. 51. — Colgo l'occasione di questa citazione per rettificare l'inesattezza, in cui insorse, non volendo, l'A., affermando che Mangiagalli aveva fatto 23 sinfisiotomie, mentre si sa che questo Operatore non l'ha giammai praticata.

(2) « Lehrbuch der Geburtshülfe. » Stuttgart, 1889, p. 743.

(3) « Die geburtshülflichen Operationen » in *Müller's Handbuch der Geburtshülfe,* 1889, Bd. III, p. 59.

(4) « Guide pratique de l'accoucheur et de la sage femme. » Paris, 1889, p. 613.

(5) « Lehrbuch der Geburtshülfe. » Leipzig, 1889, p. 727.

(6) « Traité pratique des accouchements. » Paris, 1890, Tome II, p. 927-32.

però di molto inferiore all'operazione cesarea da una parte e alla cefalotrissia dall'altra; essa dover essere operazione di estrema eccezione (1).

Gli autori inglesi non ne davano giudizio più favorevole.

Molti trattatisti, poi, quali Schroeder (2), W. T. Lusk (3), Fritsch (4), A. Martin (5), M. Runge (6) ecc., neppure un motto consacravano allo studio di quest'operazione.

P. Müller (7), Auvard (8) e Bouchacourt, ma specie quest'ultimo nel suo lavoro veramente magistrale sull'argomento (9), sono stati, si può dire, i soli che si mostrassero favorevoli all'uso della sinfisiotomia; però non l'hanno praticata giammai, vale a dire che mentre teoricamente l'hanno accolta, l'hanno rigettata in pratica.

Intanto la scuola napoletana, presso cui la sinfisiotomia da tempo si era rifugiata, con a capo l'illustre prof. Morisani, il più fervente apostolo di quest'atto operativo (10), ha seguitato a tener acceso il fuoco sacro all'altare della sinfisiotomia, senza curarsi che nelle altre parti d'Italia ed all'estero fosse obliata o spregiata: e, facendo giovare l'operazione delle cautele antisettiche, ha finito per riabilitarla.

---

(1) Il lavoro era già in corso di stampa, allorchè è stata pubblicata la comunicazione fatta da questo Autore sulla sinfisiotomia dinnanzi all'Accademia di Medicina di Parigi *(Bull. de l'Acad. de Méd.*, Séance du 15 mars 1892). Sono lieto nel rilevare come l'egregio ostetrico francese, in seguito del suo recente viaggio a Napoli, per cui è stato in grado di persuadersi *de visu* della bontà del taglio della sinfisi, abbia mutate completamente le sue vedute riguardo ad esso, fino al segno da farsene ardente propugnatore.

(2) « Lehrbuch der Geburtshülfe. » Edizioni VII, VIII, IX e X, quest'ultima rivista da Olshausen e J. Veit (Bonn 1888). — In edizioni precedenti del suo libro, Schroeder aveva opinato che mentre con il taglio della sinfisi non si ottiene valutabile allargamento del bacino, la madre corre i maggiori pericoli e subisce le più tristi conseguenze.

(3) « Science et art des accouchements. » Trad. par Doléris. Paris, 1885.

(4) « Klinik der geburtshülflichen Operationen. » 1888.

(5) « Lehrbuch der Geburtshilfe. » Leipzig u. Wien, 1891.

(6) « Lehrbuch der Geburtshülfe. » Berlin, 1892.

(7) « De nova sectione caesarea commentatio. » Berolini, 1882, p. 64-65.

(8) « Traité pratique des accouchements. » Paris, 1890, p. 708-9.

(9) Art. « Pubiotomie. » Dict. encyclop. des sciences médicales. Paris 1889.

(10) A partire dal 1863, cioè per lo spazio di un trentennio, il prof. Morisani non ha cessato mai di lottare a favore della sinfisiotomia. Nella detta epoca l'A. pubblicava la sua importante memoria « Dei restringimenti del bacino e delle indicazioni che presentano nel tempo del parto. Napoli, 1863, tesi di concorso, » nella quale si studiava di stabilire, valendosi anche di esperienze cadaveriche, il meccanismo dell'aumento diametrico del distretto superiore del bacino dopo la sinfisiotomia e i limiti dell'aumento medesimo, non che di precisare il campo di azione dell'atto operativo.

Avanti di esporre i recenti risultati ottenuti colla sinfisiotomia dalla scuola ostetrica napoletana, mi sia lecito, allo scopo di portare un piccolissimo contributo alla casuistica dell'operazione, di dare brevemente la narrazione di due casi occorsimi.

Caso I.

Anna Vacca, di anni 24, da Napoli, donna di casa. Soffrì di rachitismo nell'infanzia. Maritata a 22 anni, nel giugno 1890 partorì la prima volta. Il travaglio durò 48 ore circa; la testa venne fuori spontaneamente dai genitali con la fontanella anteriore perforata, in seguito di manovre praticate dalla levatrice allo scopo di compiere il parto; ma il tronco rimase dentro, e dopo un' ora venne estratto da un ostetricante con l'aiuto di un cappio applicato al collo. Feto piuttosto piccolo, morto. Dopo 3 mesi ridivenne incinta, e il 5 giugno 1891 verso le 7 pom. si manifestarono i primi dolori: nella notte dal 6 al 7 si ruppe la borsa amniotica. Le contrazioni uterine continuarono lente per tutto il giorno 8. Il mattino del 9, verso le ore 7 ant., essendo venuto fuori dai genitali del muco tinto di meconio, la levatrice si decise finalmente a chieder il soccorso di un ostetrico.

Trovai la donna, dalla statura bassa, con evidenti segni di rachitide in tutto lo scheletro, abbastanza estenuata dal lungo travaglio. L'utero era in istato d'inerzia; il liquido amniotico in gran parte colato; il feto, però, che si presentava pel vertice in posizione trasversale sinistra, era ancora vivo, e i suoi battiti cardiaci si percepivano abbastanza bene. L'orificio dell'utero si mostrava quasi completamente dilatato, e la testa, voluminosa, era appoggiata immobilmente sullo stretto superiore: al dito riuscì di raggiungere facilmente il promontorio del sacro. La misurazione della pelvi diede i seguenti risultati: Spinae 26, Cristae 24, Throc. 28,5, Conj. externa 18; Conj. diag. 8,5 cm. Giudicai la Conj. vera 6,7-7,0 cm. Con un vizio pelvico di questo grado, a feto ancora vivo, l'unica terapia razionale mi parve essere la sinfisiotomia che, proposta alla partoriente e ai suoi parenti, venne subito accettata. Assistito gentilmente dai colleghi C. Samut e F. Leocata, dopo di aver apparecchiato quanto poteva occorrere durante e dopo l'operazione, e messe in opera tutte le cautele antisettiche, procedetti al taglio della sinfisi nel modo che sarò per descrivere qui appresso; e poscia, senza dar tempo all'aspettazione, a causa della completa inerzia dell'utero, applicai il forcipe. L'estrazione non fu malagevole; il feto, però, venne alla luce con due circolari al collo, fortemente serrate, in istato di asfissia; e ad onta di

tutte le cure apprestategli per lo spazio di circa 3[4 d'ora, non fu possibile di rianimarlo. Secondamento artificiale. Sutura della ferita sopra e prepubica. Garza al sublimato ed ovatta sulla ferita; immobilizzazione del bacino con una fascia a corpo, e degli arti inferiori mercè una cravatta alla Mayor applicata al disopra dei ginocchi. Feto di sesso maschile, lungo 53 cm. del peso di 4200 g. Diam. della testa: O. M. 13,8; O. F. 11,3; S. O. B. 8,9; B. P. 9,1; B. T. 8. Le ossa craniche non mostravano intropressioni. Cord. ombel. lungo 58 cm.

Decorso post-operativo apiretico. Pei primi due giorni cateterismo. Al 10.° giorno si rimuovono i punti di sutura. Guarigione per primam. Nessun dolore in corrispondenza delle sinfisi sacro-iliache. La donna abbandona il letto al 20.° giorno, benchè le avessi raccomandato di non levarsi che dopo il 30.°; la deambulazione non è per nulla differente da quella che era avanti l'atto operativo.

Caso II.

Emanuella de Angelis, di anni 32, da Napoli, donna di casa. Nella fanciullezza si assoggettò soventi a portare pesi sproporzionati all'età. Maritatasi nel 1889 ha avuto 3 aborti di seguito a 2-3 mesi di gestazione. Divenuta incinta per la 4.ª volta ai principii di maggio 1891, temendo di abortire di nuovo, ha passata quasi tutta la gravidanza a letto. Il 31 gennaio p. p. si manifestarono delle contrazioni uterine. Invitato ad osservare la donna, trovai quanto appresso: statura bassa (m. 1,32). Gravidanza a principio della 2.ª quindicina del 9.° mese. Feto di medio volume, vivo, in presentazione di podice, 1.ª posizione. Collo uterino conservante ancora tutta la sua lunghezza. Membrane intatte. Col riscontro avendo raggiunto facilmente il promontorio del sacro, passai alla pelvimetria che mi fornì i seguenti risultati: Spinae 20; Cristae 23,5; Throc. 28,5; Conj. externa 17,5; Conj. diag. 8,5. Valutai la Conj. vera 7,0 cm. circa. Dopo di aver ponderate tutte le condizioni del caso, trovai ben indicato l'uso della sinfisiotomia, e aspettai che il travaglio si dichiarasse veramente. Nei giorni successivi, fino al 7 febbraio, le contrazioni uterine continuarono a venire in iscena, però sempre deboli; allorquando alle ore 5 ant. di detto giorno avvenne la rottura prematura della borsa amniotica. Alle ore 10 ant. la dilatazione dell'orificio quasi completa; presentazione della pelvi in 1.ª posizione con procidenza di entrambi i ginocchi. Con la cortese assistenza dei colleghi G. Trotta e F. Leocata, fatti i preparativi necessari e prese tutte le precauzioni antisettiche, procedetti alla sezione della sinfisi. Indi diedi tempo all'aspettazione; ma essendosi dopo una mezz'ora un poco indeboliti i battiti cardiaci,

feci l'estrazione del feto per i piedi. Secondamento spontaneo. Cucitura della ferita sopra e prepubica, e medicatura come nel caso antecedente. Feto vivo, di sesso femminile, lungo 49 cm., del peso di 3000 gr. Diametri della testa: O. M. 13; O. F. 11, 2; S. O. B. 9; B. P. 9; B. T. 8 cm. Circonferenze: O. M. 36; O. F. 34; S. O. B. 32 cm.

Decorso post-operativo apiretico. Nei primi 5 giorni si toglie l'urina col catetere. Al decimo giorno si rimuovono i punti di sutura. Guarigione per primam. Fo levare la donna di letto trascorso un mese dal giorno dell'operazione. I pubi divisi sono bene aderiti; nessun disordine nella deambulazione.

* * *

Il manuale operativo da me seguito è stato questo: apparecchiato e disinfettato tutto l'occorrente (ovatta, garza, seta, un bistorì panciuto ed uno a punta smussa e lama sottile ma solida, forcipe, aghi ecc.), situata l'operanda alla sponda del letto nella posizione ostetrica, rasi i peli del pube e delle grandi labbra, e disinfettata accuratamente la regione sopra pubica, il pettignone, il perineo, ed il canale vulvo-vaginale, introdotto in vescica un catetere da donna, di metallo, ho cominciato per precisarmi il sito, l'altezza, lo spessore, la direzione dell'articolazione col ricercarne e palparne il margine superiore, riconoscibile ad un piccolo infossamento esistente nel punto d'unione dei due corpi pubici, e nello stesso tempo il margine inferiore, indi la faccia anteriore e la posteriore riconoscibile al rilievo fatto dalla fibro-cartilagine interossea. Dopo ciò, con il bisturì convesso, a cominciare da 1 1[2 cent. in sopra dell'orlo superiore della sinfisi, ho inciso in direzione verticale mediana le parti molli, deviando leggermente al lato sinistro in prossimità del clitoride per risparmiare quest'organo. Un'incisione di 7-8 cent. mi è stata sufficiente. Distaccati ora per breve tratto i muscoli retti dal loro attacco ai pubi, ho introdotto l'indice sinistro nello spazio prevescicale ed ho scollato i tessuti retro-pubici. Indi tenendo applicata la faccia palmare dell'indice direttamente contro la faccia posteriore della sinfisi, ed uncinando col dito il margine inferiore della giuntura, mentre un aiuto col catetere mi spostava l'uretra il più possibilmente in basso ed a destra con il bisturì a punta smussa, ho inciso l'articolazione dall'alto in basso, e da

avanti indietro fino al legamento triangolare, e poi sempre dall' alto in basso ma da dietro in avanti. Io mi sono accorto che l'operazione era finita dallo scricchiolio caratteristico prodotto dalla separazione delle fibre dell' anzidetto legamento, e dal consecutivo divaricamento spontaneo dei pubi (3-4 cent.) A questo punto, zaffato con garza imbevuta di soluzione di sublimato (1 : 4000) il vuoto lasciato dai pubi scontinuati, senza dar tempo all'aspettazione, come sarebbe stato di regola, per le ragioni addotte, ho praticato l'estrazione del prodotto, facendomi nell' istesso tempo sostenere le ossa iliache. Durante il passaggio della testa attraverso il canale pelvico nel primo caso ebbi a notare un divaricamento de' pubi di 9 cent., nel secondo di 8 1[2 circa. Espletato il secondamento, ho fatto la sutura delle parti molli, avendo cura di comprendere nella medesima i tessuti fibrosi aderenti alla faccia anteriore dei pubi alla distanza di quasi 1 centim. dal contorno delle superficie articolari, mercè filo di seta (6-7 punti sono stati sufficienti). Infine medicatura della ferita con strati di garza al sublimato imbevuta in soluzione di sublimato (1 : 2000) ed ovatta; immobilizzazione del bacino e degli arti inferiori, come si è detto.

Io credo che questo processo di sinfisiotomia sia preferibile agli altri finora esperiti o proposti (1). Non richiede l'uso di strumento speciale, e pone in grado di proteggere meglio la vescica e l'uretra. Comprendendo nella sutura delle parti molli anche gli strati fibrosi aderenti alla faccia anteriore dei pubi in prossimità dell'orlo delle superficie articolari, si vengono a metter queste in condizioni più favorevoli per aderire. Ritengo poi che la semplice fascia a corpo intorno al bacino, coadiuvata da una cravatta alla Mayor applicata strettamente al di sopra dei ginocchi, fissi in modo sufficiente le ossa pelviche da non far risentire il bisogno di altri mezzi d'immobilizzazione (apparecchi al gesso, al silicato; cintura di pelle di Boyer, o metallica di Martin; doccia di Bonnet ecc.), e neppure, come ebbe ad osservare il prof. Morisani, della sutura

---

(1) Avevo già scritto queste righe, quando ebbi l'opportunità di leggere la splendida conferenza sulla sinfisiotomia del prof. Pinard *(Annal. de Gynéc. ecc.*, Fasc. di febbraio 1892*)*. Mi compiaccio nel rilevare come il procedimento da me seguito sia su per giù lo stesso di quello sperimentato dal valoroso direttore della Clinica Baudelocque sul cadavere e molto probabilmente anche nei due casi di sinfisiotomia sulla vivente occorsigli.

della sinfisi con punti metallici, proposta dal Turretta di Messina (1). L'adesione completa e perfetta dei pubi divisi, verificatasi nelle operate con l'uso dei suddetti mezzi d'immobilizzazione del bacino (vedi quadro) sta lì a conferma di quanto asserisco.

* * *

Passerò ora ad esporre in un quadro sinottico i casi di sinfisiotomia operati dalla scuola napoletana a partire dall'epoca della pubblicazione

(1) Tale proposta e le osservazioni fatte al riguardo dal prof. Morisani si trovano nel rendiconto delle sedute della quarta riunione annuale della Società di Ostetricia e Ginecologia, redatto dal segretario dott. V. Lauro. *Annali di Ostetricia ecc.*, 1888.

Numero progr.	Data	Operatore e località	Età - Numero dei parti Parti pregressi	Vizio del bacino	Presentazione del feto	Durata del trava prima dell'oper Pratiche antecede di liberazione
1	25. VIII. 1887.	MANCUSI Napoli.	21 anni, I para.	Bacino piatto-rachitico. C. D. 8,5 cm. C. V. 7 cm.	O. I. D. T.	15 ore circa.
2	20. II. 1888.	MORISANI Napoli (Istit. Ostetrico-Ginecolog.)	15 anni, I para.	Bacino piatto-rachitico. C. D. 8,5 cm. C. V. 7 cm.	O. I. D. T. Con procidenza del braccio sinistro.	3 giorni. Borsa amniotica ta da 52 ore. recchi tentativ fruttuosi di ver ne e di forcip città.

della terza statistica del prof. Morisani (1) fino ad oggi. In tutto sono 22 casi, così ripartiti: Morisani 11; G. B. Mancusi 6; lo scrivente 2; N. Postiglione 1; Scibelli (figlio) 1; Campione 1 (2). Nel compilare la tabella mi son avvalso della pubblicazione del dott. Spinelli (3), dei registri dell'Istituto gentilmente messi a mia disposizione dal prof. Morisani, non che delle comunicazioni orali dei dottori Mancusi e Scibelli.

---

(1) *Annali di Ostetricia, ecc.*, 1886, p. 388-91.

(2) In questo novero non figurano i casi occorsi nella Maternità dell'Ospedale degli Incurabili, non avendo fatto a tempo ad avere dei medesimi notizia completa, e neppure i due casi di Pinard, per la ragione che di essi fino ad oggi fu dato soltanto un semplice annunzio. (Legg. la comunic. di Tarnier all'Accademia di Medicina di Parigi nella tornata del 15 marzo p. p. Loco cit.).

(3) « Les résultats de la symphyséotomie antiseptique à l'école obstétricale de Naples. » *Annal. de Gynéc., ecc.* Fasc. di gennaio 1892.

Processo operativo fatte dopo per estrarre il feto	Esito		Conseguenze dell'operazione	Osservazioni
	Madre	Feto		
mia con la sega a catena a dietro la sinfisi mercè di un Scarpa, ricacciato per una apertura praticata al vesti- La sinfisi pubica fu segata lo verticale il ramo superiore sega e trasversale l'inferiore. azione del forcipe. Sutura ferita e drenaggio.	Guarigione.	Vivo. P. 3050 g. Diam. B. P. 8,8 cm.	Riunione per seconda intenzione della ferita. Puerper. normale. Nessun disturbo della deambulazione.	Gravidanza a termine.
e verticale di 2-3 c., a 2 c. lo superiore della sinfisi, fino iungere il margine suddetto rticolazione. Scollamento dei i retro-pubici fino all'orlo in- della giuntura. Introduzione breccia fatta della falcetta di ti (bisturì forte, bottonuto e sul tagliente), al cui bottone oltrepassare il margine infe- dell'articolazione. Divisione sinfisi pubica mercè un mo- ento combinato di elevazione clinazione in avanti del ma- ello strumento. Applicazione cipe; estrazione facile. Sutura i staccati della ferita sopra- . Immobilizzazione del bacino na semplice fascia a corpo, e rti inferiori con una cravatta ayor, applicata strettamente sopra dei ginocchi.	»	Vivo. L. 51,5, cm. P. 2920 g. Diam. B. P. 9,2 cm.	Suppuraz. di due punti della sutura. Puerperio tumultuoso per parametrite. Indi guarigione completa. Nessun disturbo nella deambulazione.	Gravidanza a termine.

Numero progr.	Data	Operatore e località	Età - Num. dei parti Parti pregressi	Vizio del bacino	Presentazione del feto	Durata del tr prima dell'op Pratiche ante di liberazi
3	5. III. 1888.	Lo stesso Ibid.	25 anni, I para.	Bacino piatto-rachitico. C. D. 8,8 cm. C. V. 7 cm.	O. I. S. T.	Membrane in Dilatazione rificio quas pleta.
4	16. VIII. 1888.	MANCUSI Napoli.	28 anni, II para. 1.° parto a termine terminato con la cefalotrissia.	C. D. 10 cm. C. V. 6,5 cm. Altezza della sinfisi pubica 5 cm.; spessore 4 cm.	O. I. D. T.	—
5	28. I. 1889.	MORISANI Napoli (Istit. Ostetrico-Ginecolog.)	24 anni, 1 para.	Bacino piatto-rachitico. C. D. 8,1 cm. C. V. 6,6 cm.	O. I. S. T.	—
6	2. V. 1889.	MANCUSI Napoli.	23 anni, II para. 1.° parto: pubiotomia. Lo stesso soggetto dell'osservazione 1.ª	—	O. I. D. T.	Membrane ro 1 ora.
7	12. IX. 1889.	Lo stesso Ibid.	22 anni, II para. 1.° parto: embriotomia cefalica.	C. D. 9,3 cm. C. V. 7,8 cm.	O. I. D. T.	Tentativo infr so di estrazio forcipe.
8	7. X. 1889.	C. SCIBELLI Napoli.	21 anni, I para.	Bacino piatto-rachitico. C. V. 7,5 cm.	O. I. S. T.	18 ore. Sacco delle rotto da 6 o
9	20. II. 1890.	MORISANI Napoli (Istit. Ostetrico-Ginecolog.)	27 anni, II para. Lo stesso soggetto dell'osservaz. 3.ª	—	O. I. S. T.	—

Processo operativo fatte dopo per estrarre il feto	Esito		Conseguenze dell'operazione	Osservazioni
	Madre	Feto		
etta si rompe nel momento minciava la recisione dell'ar-ione. L'operaz. viene comple-n un bisturì bottonuto. Indi pono artificialmente le mem- Nell'uscire il liquido amnio-ascinava un'ansa di cordone si fa la riduzione. Applicazio-forcipe ed estrazione facile.	Guarigione.	Vivo. L. 44,5 cm. P. 3080 g. Diam. B. P. 9,5 cm.	Puerperio normale. Riunione per primam dei pubi divisi. La donna abbandona la clinica al 15.° giorno. Nessun disturbo nella deambulazione.	Gravidanza a termine.
a della sinfisi per mezzo di inario scalpello da osteotomia. ione del feto col rivolgimento.	»	Vivo. P. 3240 g. Diam. B. P. 9,2 cm.	Riunione per primam dei pubi divisi. Puerperio normale. La donna si leva di letto al 12.° dì. Nessun disturbo nella deambulazione.	Gravidanza a termine. Nell' introdurre la mano per fare il rivolgimento accade che il pube di destra si porta ad un livello super. a quello di sinistra, da corrispondere il margine inferiore della sua faccetta articolare al margine super. di quella di sinistra.
etta non essendo riuscita a ompletamente il taglio della gine e del legamento falciforcompie la sezione della sin-n un bisturì bottonuto. Ap-ione del forcipe; estraz. facile.	»	Vivo. L. 45 cm. Peso 2520 gr. Diam. B. P. 8,5 cm.	Puerperio normale. Riunione per primam dei pubi divisi. La donna abbandona la clinica al 12.° giorno. Nessun disturbo nella deambulazione.	Gravidanza nella prima quindicina del 9.° mese.
della sinfisi con lo scalpello cato dell' Operatore. (È uno llo munito di due guide pro-i). one del feto col forcipe, ap-prima del taglio della sinfisi.	»	Vivo. P. 3610 g. Diam. B. P. 9 cm.	Riunione per primam della ferita. Puerperio normale. Nessun disturbo nella deambulazione.	Gravidanza a termine.
sso che nel caso 6.° azione del forcipe; estrazione	»	Vivo. P. 3320. B. P. 9 cm.	Riunione per primam dei pubi divisi. Puerperio normale. L'operata abbandona il letto all'8.° giorno. Nessun disturbo nella deamb.	Gravidanza a termine.
so ordinario (falcetta di Gal-	»	Vivo.	Fistola vescico - vaginale.	Gravidanza a termine. Essendo il feto molto voluminoso, i pubi si divaricarono considerevolmente. Il feto venne alla luce con un' insellatura sulla bozza coronale sinistra, profonda 6 mm. Caso inedito. Comunicazione dell' Operatore.
sso che nel 2.° caso. ione del feto col rivolgimento.	»	Vivo. P. 2600 g. Diam. B. P. 9 cm.	Puerperio normale. Riunione per primam dei pubi divisi. La donna lascia la clinica al 10.° giorno. Nessun disturbo nella deambulazione.	Gravidanza a termine.

Numero progr.	Data	Operatore e località	Età - Num. dei parti Parti pregressi	Vizio del bacino	Presentazione del feto	Durata del prima del Pratiche a di liber
10	28. III. 1890.	Lo stesso Ibid.	19 anni, I para.	C. D. 8,8 cm. C. V. 7 cm. circa.	O. I. S. T.	Membrane 24 ore; li niotico ti conio.
11	4. V. 1890.	CAMPIONE Bitonto.	35 anni, VII para. I primi 5 parti a termine, spontanei; 6.° parto espletato col forcipe.	Bacino osteomalacico. C. V. 7,1-7,2 c.	Vertice.	24 ore cir Tentativi si di forc
12	30. V. 1890.	MORISANI Napoli (Istit. Ostetrico-Ginecolog.)	31 anni, II para. 1.° parto prematuro artificiale nell'8° mese, espletato col forcipe. Feto premorto, in istato di avanzata putrefazione.	Bacino piatto-rachitico. C. D. 9,4 cm. C. V. 7,9 cm.	O. I. S. T.	Borsa del rotta da
13	12. XI. 1890.	Lo stesso Ibid.	35 anni, II para. 1.° parto prematuro spontaneo nell' 8.° mese, espletato col forcipe. Feto vivo.	Bacino piatto rachitico. C. D. 8,7 cm. C. V. 7,2 cm.	Vertice.	—
14	18. II. 1891.	MANCUSI Napoli.	24 anni, III para. Lo stesso soggetto dell'osservazione 7.ª	—	O. I. S. T.	—
15	22. IV. 1891.	POSTIGLIONE Napoli (Istit. Ostetrico-Ginecologico).	33 anni, I para.	Bacino piatto-rachitico, C. D. 10 cm. C. V. 8 cm.	O. I. S. T.	4 giorni.
16	9. VI. 1891.	CARUSO Napoli.	24 anni, II para. 1.° parto: feto piuttosto piccolo, morto. La testa venne fuori ed il tronco rimase dentro, per cui si dovette estrarlo. La testa presentava la fontanella anteriore perforata, in seguito alle manovre fatte dalla levatrice per espletare il parto.	Bacino rachitico. Sp. 26 cm., Cr. 24 cm., Throc. 28,5 cm., C. E. 18 cm., C. D. 8,5 cm., C. V. 7 cm. circa.	O. I. S. T.	3 giorni circa.

rocesso operativo te dopo per estrarre il feto	Esito		Conseguenze dell'operazione	Osservazioni
	Madre	Feto		
che nel 2.° caso. col rivolgimento.	Guarigione	Morto L. 45 cm. P. 3250 g. Diam. B. P. 9,5 cm.	Puerperio morboso per endometrite settica. Riunione per primam della ferita sopra-pubica. Guarigione completa.	Gravidanza a termine. Durante l'estrazione del feto si ebbe la sbarratura del braccio destro, accidente che rese abbastanza difficile il compimento dell'operazione. Il feto, venuto alla luce profondamente asfittico e rianimato mercè cure adatte, morì dopo 12 ore.
rdinario (falcetta di Gal- ne del forcipe; estrazione icile.	»	Vivo.	Puerperio normale. La La donna si leva di di letto al 35.° giorno perfettamente guarita.	Gravidanza a termine. F. Campione, « Un caso di sinfisiotomia in bacino osteomalacico. » Bari, 1890.
che nel 2.° caso. ne del forcipe; estrazione	»	Vivo. L. 49 cm. P. 3050 g. Diam. B. P. 9,5 cm.	Puerperio normale. Riunione per primam dei pubi divisi. L'operata lascia la Clinica al 10.° giorno. Nessun disturbo nella deambulazione.	Gravidanza a termine.
che nel 2.° caso. ne del forcipe. La testa atta in occipito-sacrale.	»	Vivo. L. 49,5 cm. P. 2920 g. Diam. B. P. 8,5 cm.	Puerperio normale. Riunione per primam dei pubi divisi. L'operata lascia la clinica al 13.° giorno. Nessun disturbo nella deambulazione.	Gravidanza a termine.
che nel caso 6.° ne del forcipe; estrazione	»	Vivo. Peso 3070 g. Diam. B. P. 9 cm.	Riunione per primam dei pubi divisi. Puerperio normale. L'operata abbandona il letto al 7.° giorno. Nessun disturbo nella deamb.	Gravidanza a termine.
a sinfisi cominciato con lo di Mancusi e terminato sturì bottonuto.	»	Vivo. P. 3250 g. Diametro B. P. 9,5 cm.	Fistola uretro-vaginale. Puerp. morboso. Nessun disturbo consecutivo nella deambulaz.	Gravidanza a termine.
delle parti molli in direicale mediana a comin- 1½ cm. sopra l'orlo sulla sinfisi fino al clitoride a sinistra in prossimità di no. Introduz. dell'indice ità prevescicale e applil medesimo lungo la sporza dalla fibro-cartilagine, col dito l'orlo inferiore tura. Taglio della sinfisi mussa dall'alto in basso e indietro fino al legamento e, e poi sempre dall'alto ma da dietro in avanti. del forcipe; estraz. facile.	»	Morto. L. 53 cm. Peso 4200 O. M. 13,8 cm. O. F. 11,3 cm. S. O. B. 8,9 cm. B. P. 9,1 cm. B. T. 8.	Riunione per primam della ferita delle parti molli e dei pubi divisi. Puerperio normale. La donna si leva di letto al 20.° giorno. Nessun disturbo nella deambulazione.	Gravidanza a termine.

Numero progr.	Data	Operatore e località	Età - Numero dei parti Parti pregressi	Vizio del bacino	Presentazione del feto	Durata del tra prima dell'op Pratiche antec di liberazio
17	13. VI. 1891.	MANCUSI Napoli.	24 anni, I para.	Bacino rachit. Forte sporgenza del promontorio. Le pareti dello scavo vanno convergendo considerevolmente in basso. C. D. 7,5 cm., C. V. 6 cm., circa. Diam. bis-ischiatico 3,5.	Vertice.	12 ore circa. tura premat. membrane.
18	10. VII. 1891.	MORISANI Napoli. (Istit. Ostetrico Ginecologico).	32 anni, III para. Lo stesso soggetto dell'osservaz. 12.ª)	—	O. I. S. T.	Membrane int
19	25. IX. 1891.	Lo stesso Ibid.	32 anni, IX para. I primi 7 parti prematuri spontanei al 7.° mese; i feti tutti morti. 8.° parto sinfisiotomia a termine; feto vivo. Caso n. 18.° della 3.ª statistica del prof. Morisani in: *Annali di Ostetr., ecc.* 1886, p. 390).	Bacino piatto-rachitico. C. D. 8,5 cm. C. V. 7 cm.	O. I. S. T.	Membrane rot alcune ore.
20	20. XI. 1891.	Lo stesso Ibid.	27 anni, I para.	Bacino piatto-rachitico, asimmetrico. C. D. 8,5 cm., C. V. 7 cm.	O. I. D. T.	12 ore.
21	28. XI. 1891.	Lo stesso Ibid.	28 anni, III para. I due parti antecedenti prematuri spontanei al 7.° mese. Feti entrambi morti.	C. D. 8,1 cm., C. V. 6,3 cm.	O. I. S. T.	—
22	7. II. 1892.	CARUSO Napoli.	32 anni, I para. (3 aborti).	Bacino universalmente ristretto. Sp. 20 cm. Cr. 23,5 cm. Thr. 28,5 cm. C. E. 17,5 cm. C. D. 8,5 cm. C. V. 7 cm.	Pelvi (1.ª) con procidenza di entrambi i ginocchi.	Rottura prem delle membra 5 ore circa.

Processo operativo	Esito		Conseguenze dell'operazione	Osservazioni
	Madre	Feto		
che nel caso 6.° Estrazione lgimento dopo un' infrut- plicazione di forcipe.	Guarigione.	Vivo. P. 2950 g. Diam. B. P. 8,7 cm.	Fistola vescico-vaginale. Riunione per primam dei pubi divisi e delle parti molli. Nessun disturbo nella deambulazione.	Gravidanza a termine.
che nel 2.° caso. one del forcipe; estrazione	»	Vivo. L. 50 cm. Peso 3150 g. Diametro B. P. 9,3 cm.	Puerperio normale. Riunione per primam della sinfisi. La donna lascia la Clinica all'8.° giorno. Nessun disturbo nella deambulazione.	Gravidanza a termine.
che nel 2.° caso. one del forcipe; estrazione	»	Vivo. L. 50 cm. P. 3500 g.	Puerperio normale. Riunione per primam dei pubi divisi. L'operata abbandona la clinica al 15.° giorno. Nessun disturbo nella deambulazione.	Gravidanza a termine.
che nel 2.° caso. one del forcipe allo stretto a causa di resistenza del	»	Vivo. L. 49 cm. P. 3500 g. Diam. B. P.	Riunione della ferita sopra-pubica per primam, meno nel tratto infer. Puerperio normale. Nessun disturbo nella deambulaz.	Gravidanza a termine.
che nel 2.° caso. one del forcipe; estrazione	»	Vivo. L. 44 cm. P. 2100 g. Diam. B. P. 8,5 cm.	Puerperio normale. Riunione per primam della ferita soprapubica. Nessun disturbo nella deambulazione.	Gravidanza all' 8.° mese compiuto.
16.° caso.	»	Vivo. L. 49 cm. P. 3000 g. O. M. 13 cm. O. F. 11,2 S. O. B. 9 cm. B. P. 9 B. T. 8. Circ. O. M. 36 cm. Circ. O. F. 34 cm. Circ. S. O. B. 32 cm.	Riunione per primam della ferita sopra e prepubica. Puerperio normale. Nessun disturbo nella deambulazione.	Gravidamza 4-5 giorni prima del termine.

L'esame di questa tabella permette di fare le seguenti considerazioni:

1. Il risultato della sinfisiotomia per le madri, *quoad vitam*, è stato dei più soddisfacenti, perchè non si è avuto a deplorare alcun caso di morte, e ciò precipuamente per aver fatto giovare l'operazione dei benefizi dell'antisepsi. La sinfisiotomia, per sè stessa, fatta con le cautele antisettiche, non deve dare mortalità di sorta; se con essa si hanno dei casi di morte, la colpa è da ascriversi agli operatori e non all'operazione. Perdono così ogni valore, conservando soltanto un interesse storico, le statistiche della sinfisiotomia, riportate anche in trattati recentissimi che assegnano a quest'operazione una mortalità del 20 0[0 e anche più.

2. In 5 casi l'operazione è stata praticata per la seconda volta sullo stesso soggetto, e le donne son guarite non meno prontamente che dopo la 1.ª operazione, senza andar incontro ad alcun dolore o disordine nella deambulazione, il che prova ancora una volta come l' operazione possa ripetersi sulla stessa donna impunemente.

3. In quanto all'esito per rispetto ai feti, si sono avuti a registrare due morti (Osserv. 10.ª e 16.ª), così che si avrebbe un percento di mortalità fetale del 9.09. Nel 1.º caso la morte deve essere attribuita al mezzo adoperato per l'estrazione, nel 2.º all'essersi serrata strettamente attorno al collo la doppia circolare di cordone nell'attraversare la testa la filiera pelvica, vale a dire a cause estranee, indipendenti dall'atto operativo.

4. L'indicazione dell'operazione fu data in tutti i casi da un vizio pelvico in generale nei limiti assegnati a questa dalla scuola napoletana, cioè fra i 67-81 mill. di diametro coniugato. In questo grado di pelvica viziatura, presso le altre scuole ostetriche, a termine di gravidanza e feto vivo, si ricorre variamente al taglio cesareo (conservatore o demolitore), o all' embriotomia, e si tenta a volta a volta anche la versione pelvica con l'estrazione sui piedi ed il forcipe. Pur ammettendo che l'embriotomia, che è la sola operazione, come osserva giustamente il prof. Morisani, che si possa paragonare col taglio della sinfisi, eseguita con gli strumenti perfezionati e le cautele antisettiche non dia alcuna mortalità per le madri, non è a negare che essa sacrifichi tutti i feti, laddove la sinfisiotomia salva quasi tutti i feti in quella che per sè stessa risparmia le vite di tutte le madri. Venendo al caso concreto,

come fece il prof. Morisani per rispetto alla sua statistica particolare (1), su 22 casi di embriotomia avremmo avuto 22 madri guarite e 22 bambini morti, mentre che con la sinfisiotomia si sono avute 22 madri guarite e 20 feti vivi. Il taglio cesareo non può fare da concorrente alla sinfisiotomia: il suo campo di azione, generalmente parlando, incomincia là dove quello della sinfisiotomia finisce (Morisani). Col rivolgimento, fra i suddetti limiti di angustia, pur ammettendo che per sè medesimo sia inoffensivo per le madri, soccomberebbero, secondo me, un maggior numero di feti di quello che non ne muoiano con la sola sinfisiotomia, o con la sinfisiotomia e il forcipe, o con la sinfisiotomia associata allo stesso rivolgimento. Infine il forcipe offre al di sotto degli 81 mill. di coniugata dei risultati niente affatto favorevoli per la madre e per il feto: la prima viene esposta facilmente ai pericoli di una rottura delle vie del parto (delle molli, come delle ossee); il feto ad una compressione troppo esagerata delle ossa craniche, in guisa da venire alla luce ordinariamente morto, o in tale stato da soccombere dopo breve ora. Vero è che vi sono statistiche che registrano dei casi in cui il feto potè venire alla luce vivo e vivere; ma siffatti casi sono da considerarsi come eccezioni che non infirmano la regola. Al di sopra, invece, degli 81 mill. il forcipe va tentato, poichè è capace di dare risultati soddisfacenti pel feto. Però non bisogna dimenticare che anche qui la madre corre gli stessi pericoli, sebbene in grado minore; così che sono soltanto permesse alcune moderate e discrete trazioni: se il capo non avanza, messo da banda lo strumento, si procederà senza indugio al taglio della sinfisi, qualora, s'intende, le condizioni di vita del feto si mantengano ancora buone. Fin dal 1863 il prof. Morisani dava questo precetto (2). L'abbandonarsi in tali rincontri a trazioni energiche e ripetute non può partorire altro effetto che quello di compromettere, oltre la vita della madre, quella del feto, per cui poi non resta a fare di meglio che l'embriotomia.

4.° Riguardo alle conseguenze dell'operazione, nella tabella si trovano notati 2 casi di fistola vescico-vaginali, e 1 caso di fistola uretro

---

(1) « Sulla sinfisiotomia. » Conferenza pronunziata il 15 febbraio 1892 in onore del dott. Charpentier. *Riforma medica*, N. 60, marzo 1892.

(2) « Dei restringimenti del bacino etc., » pag. 147.

vaginale, accidenti che non debbono essere imputati all'atto operativo, ma piuttosto a difetti di tecnicismo.

La cicatrizzazione delle parti molli della ferita in generale si è fatta per prima intenzione, e allo stesso modo è avvenuta la riunione delle superficie dei pubi divisi. La deambulazione non ha offerto alcuna differenza da quella che era avanti l'atto operativo. Nessun disordine, nè durante la dimora delle pazienti a letto, nè dopo di essersi levate, si è avuto a lamentare nelle sinfisi sacro-iliache, anche in quei casi in cui venne superato il massimo del divaricamento dei pubi, ritenuto innocuo per le dette articolazioni (1). Cade in tal modo il rimprovero, fatto ripetutamente fino al giorno d'oggi alla sinfisiotomia, di lasciare, allorchè risparmia la vita, tutto uno strascico di malanni, quali la mancanza di saldatura della sinfisi pubica, l'incontinenza di urina, lo zoppicamento con dolori alle articolazioni pelviche, la paralisi degli arti inferiori, ecc. Io non nego che sieno occorsi per lo innanzi, fino ad alcuni anni fa, dei casi in cui si ebbero a deplorare in gran parte i postumi anzidetti, ma questi, si sa, furono dovuti quasi esclusivamente alla mancanza delle precauzioni antisettiche. Oggi, difatti, grazie specialmente all'uso delle dette cautele, le tristi conseguenze *quoad valetudinem* avutesi in passato dalla sinfisiotomia sono scomparse come per incanto.

5.° I risultati prossimi e remoti del taglio della sinfisi, di cui ho avuto ad occuparmi, pare che autorizzino a ripigliare in esame l'alleanza proposta dal prof. E. Jacolucci fin dal 1867 (2) tra la sinfisiotomia e l'embriotomia contro il parto cesareo, tradotta già in pratica con felice ri-

---

(1) Cioè 8 cent. (Giraud ed Ansiaux, Bouchacourt). Questi casi sono quelli segnati coi N. 15, 16, 17, 18, 22. In quest'ultimo l'allontanamento dei pubi raggiunse 8 1[2 cent. circa; nei casi 16.° e 18.°, 9 cent. circa, e nel 15.° e 17.°, 10 ed 11 cent. circa. (I dati relativi alle osservazioni 15.ª 17.ª e 18.ª mi sono stati gentilmente comunicati dal collega Mancusi, che si occupava in modo speciale di questa misurazione *in viva*). Pure ammesso che nei casi in discorso si verificarono delle lesioni nelle articolazioni sacro-iliache, la loro esistenza non si lasciò clinicamente rilevare, come ho detto; e ciò grazie principalmente all'impiego delle cautele antisettiche, per cui fu possibile evitare lo arrivo di germi infettivi nella località, e subordinatamente all'essersi ottenuto il divaricamento dei pubi in modo lento e graduale, alla precauzione presa di far sostenere le ossa iliache durante l'estrazione del feto, ed infine all'uso di adatto mezzo d'immobilizzazione del bacino.

(2) « Progetto per evitare il parto cesareo, ecc. » *Morgagni*, anno I, pag. 569.

sultamento dal Novi (1). Fare il taglio cesareo per presentare alla madre un cadavere non è una bella operazione; inoltre è a riflettere, che, nei casi in cui il feto è morto, non esistono più, generalmente parlando, le condizioni indispensabili per fare il taglio cesareo conservatore, per cui bisognerebbe praticare il demolitore (amputazione utero-ovarica), che non rappresenta l'ideale del trattamento delle donne affette da grave stenosi pelvica. La sinfisiotomia, ingrandendo la capacità pelvica, renderebbe agevole l'embriotomia. Però rimane sempre a stabilire, sul fondamento di un materiale clinico sufficiente, quale condotta sia più favorevole per la madre, se il connubio in quistione o il taglio cesareo.

Nel finire, mi auguro che il presente contributo possa giovare alla causa della sinfisiotomia, e fo voti che questa conquisti definitivamente il posto che le spetta fra le operazioni ostetriche.

---

(1) « La sinfisiotomia rifugiata presso la scuola napoletana ecc., » p. 25-26.

Triennio 1888-89-90 della Maternità di Genova

PER IL

Dott. GEROLAMO MICHELINI

DIRETTORE.

SEZIONE OSTETRICA.

Dividiamo il resoconto di questo triennio in 4 parti generali:

1.° Statistica generale.
2.° Gravidanza.
3.° Parto.
4.° Puerperio.

1.° Statistica generale.

Il movimento delle donne entrate è stato il seguente:

Anno 1888	Donne	329
» 1889	»	372
» 1890	»	428
	Totale	1129

delle quali, passarono nella Clinica Ostetrica 319 così ripartite:

Anno 1888	Donne	79
» 1889	»	106
» 1890	»	134

rimasero nella Maternità donne 810, non tutte però gravide. In queste 810 donne vi si comprendono molte puerpere, che avevano partorito fuori dell' Istituto ed altre, che entrate per curarsi di affezioni morbose

insorte durante il decorso della gravidanza, ne uscirono una volta guarite; sono pure comprese in questo numero le donne che ebbero minaccia di aborto, come pure quelle, che, per circostanze di famiglia, dovettero lasciare l'Istituto essendo ancora in stato di gestazione.

Nel triennio adunque avemmo 810 donne, delle quali 484 partorirono, 140 uscirono senza avere partorito e 186 entrarono nell'Istituto puerpere. Queste 810 donne si possono ripartire per anni nel seguente quadro riassuntivo:

Anno	Movimento	Partorirono	Uscite gravide	Ricevute puerpere
1888	260	148	46	66
1889	269	163	50	56
1890	281	173	44	64

Delle 484 donne che partorirono nella Maternità, 285 erano di Genova o della provincia e 199 di altre provincie d'Italia o di nazionalità estera:

Anno	1888	Liguri	N. 97
»	1889	»	» 99
»	1890	»	» 89

In tutte le donne che partorirono, come pure in quelle che uscirono gravide, abbiamo potuto stabilire l'epoca della prima mestruazione.

Abbiamo pure rilevato il rapporto fra il numero delle primipare e quello delle pluripare, ciò che esponiamo nei seguenti quadri:

Epoca della prima mestruazione.

Epoca		1888	1889	1890	Totale
a 9 anni	Donne	—	—	1	1
» 10 »	»	1	—	—	1
» 11 »	»	4	4	3	11
» 12 »	»	13	16	15	44
» 13 »	»	20	50	42	112

Epoca		1888	1889	1890	Totale
a 14 anni	Donne	47	38	38	123
» 15 »	»	40	40	50	130
» 16 »	»	28	25	24	77
» 17 »	»	19	16	17	62
» 18 »	»	10	9	9	28
» 19 »	»	6	6	9	21
» 20 »	»	4	4	5	13
» 21 »	»	1	2	2	5
» 22 »	»	—	3	1	4
» 23 »	»	1	—	1	2

Rapporto fra primipare e pluripare.

Gravidanze antecedenti		1888	1889	1890	Totale
N. —	Donne	60	58	77	195
» 1	»	38	50	52	140
» 2	»	23	37	21	81
» 3	»	28	20	15	63
» 4	»	12	10	16	38
» 5	»	10	9	13	32
» 6	»	6	11	7	24
» 7	»	8	6	6	20
» 8	»	2	5	4	11
» 9	»	2	1	1	4
» 10	»	1	3	—	4
» 11	»	4	—	2	6
» 12	»	—	2	2	4
» 13	»	—	1	—	1
» 17	»	—	—	1	1

Classificazione dei parti per quanto riguarda la durata della gravidanza.

	1888	1889	1890	Totale
Aborti	6	6	10	22
Prematuri	15	22	11	48
A termine	127	135	152	414

Dei quali ultimi, 8 gemellari, così ripartiti:

Anno 1888 . . . . . N. 2
» 1889 . . . . . » 2
» 1890 . . . . . » 4

Abbiamo fatto diverse indagini statistiche riguardo ai nati relativamente al sesso, allo stato di vita, al loro sviluppo in peso e lunghezza ed inoltre abbiamo tenuto conto della misura del diametro biparietale nei feti maturi.

Anno 1888.

Nati 142, dei quali 77 femmine, 65 maschi; morti 11.

Prematuri e macerati, nati da madre sifilitica 4
» » » » tisica 1
» » » » affetta da catarro intestinale cronico 1
Morti in soprapparto 5

Anno 1889.

Nati 157, dei quali 83 femmine, 74 maschi; morti 17.

Prematuri e macerati, nati da madre sifilitica 10
» » » » affetta da eclampsia 4
Morti in soprapparto 3

Anno 1890.

Nati 163, dei quali 86 femmine, 77 maschi; morti 12.

Prematuri e macerati, nati da madre sifilitica 5
" " " " affetta da eclampsia 2
Morti in soprapparto 5

Sviluppo dei nati riguardo al peso.

Peso	1888	1889	1890	Totale
Nati pesanti meno di gr. 1000	3	4	8	15
» » da gr. 1001 a 1500 . . .	5	6	3	14
» » » 1501 a 2000 . . .	6	9	10	25
» » » 2001 a 2500 . . .	13	7	10	30
» » » 2501 a 3000 . . .	23	28	23	74
» » » 3001 a 3500 . . „	39	49	57	145
» » » 3501 a 4000 . . .	33	36	48	117
» » oltre gr. 4000	11	17	8	36

Lunghezza dei nati.

Lunghezza	1888	1889	1890	Totale
Nati lunghi meno di mm. 420	10	21	20	51
» » da mm. 421 a 440	30	41	34	105
» » » 441 a 460	40	44	39	123
» » » 461 a 480	34	15	29	78
» » » 481 a 500	21	19	29	69
» » » 501 a 520	6	12	14	32
» » » 521 a 530	—	2	—	2
» » oltre mm. 530	2	3	—	5

Lunghezza del diametro biparietale nei feti maturi.

Lunghezza	1888	1889	1890	Totale
Diametro biparietale lungo mm. 85 . .	26	15	23	64
» » » » 90 . .	42	59	69	170
» » » » 95 . .	27	52	49	128
» » » » 100 . .	22	7	10	39
» » » » 105 . .	4	—	—	4
» » » » 106 . .	3	—	—	3
» » » » 110 . .	2	—	—	2

2.° Gravidanza.

La durata della gestazione nelle donne ricoverate nel nostro Istituto ha presentato tali varietà da farci convinti che non è possibile stabilire un termine rigorosamente esatto, e la osservazione clinica ci ha inoltre dimostrato che le epoche stabilite dai calendari della gravidanza (Schultze, Tibone) non sempre corrispondono coll'esattezza. Dallo insieme delle osservazioni raccolte abbiamo trovato che la durata minore della gestazione è stata di 265 giorni, la maggiore di 290 e la media nella maggioranza di 280 giorni.

Dividiamo le malattie osservate durante la gestazione in accidentali ed in quelle che sono proprie dello stato di gravidanza:

Malattie accidentali osservate nella gravidanza.

In ordine di apparecchi		1888	1889	1890	Totale
Apparecchio respiratorio	Laringiti	—	—	2	2
	Catarro bronchiale	5	4	7	16
	Pleuriti	2	4	1	7
	Polmoniti	2	2	1	5
	Tubercolosi polmonare . . .	3	2	2	7

In ordine di apparecchi		1888	1889	1890	Totale
Apparecchio circolatorio	Oligoemia	2	—	—	2
	Epistassi	2	—	2	4
	Insufficienza mitrale	1	1	1	3
Apparecchio digerente	Catarro gastrico	10	9	7	26
	Gastro-enterite	2	5	9	16
	Itterizia catarrale	1	—	—	1
Apparecchio genito-urinario	Ulceri veneree	—	2	1	3
	Ematuria	1	—	—	1
	Blenorragia uretrale	2	2	3	7
	Condilomi acuminati	2	1	3	6
	Vaginite	2	3	2	7
Sistema nervoso	Epilessia	1	—	—	1
	Paralisi degli arti addominali	1	—	—	1
	Isterismo	1	2	2	5
	Nevralgia	2	3	3	8
	Corea	—	—	1	1
Infezioni	Sifilide	4	10	5	19
	Malaria	1	—	1	2
	Tubercolosi generalizzata	2	2	2	6
	Reumatismo articolare	1	1	2	4
	Scrofolosi	2	1	1	4
	Eresipela facciale	—	2	—	2
	Tifoide	—	—	1	1

Malattie della gravidanza.

	1888	1889	1890	Totale
Vomiti incoercibili	2	1	4	7
Eclampsia	3	4	2	9
Albuminuria	6	1	8	15
Edema della vulva	1	2	1	4
Metrorragie	4	10	8	22

Delle malattie accidentali curate durante la gestazione merita di venire accennato il seguente caso:

N. N. di anni 32, nubile, IIIpara in 6.º mese, entra nell'Istituto il giorno 27 giugno 1889, ammalata di *Empiema destro.* Si pratica la *pleurotomia* e la donna sorte in 34.ª giornata completamente guarita. La gravidanza continua.

Delle malattie della gravidanza riportiamo le seguenti note:

Anna Forcieri, di anni 29, maritata, sarta, IVpara in 5.º mese, entra nell'Istituto il 7 giugno 1888. Presenta *vomiti incoercibili* che le impediscono di nutrirsi ed *albumina* nelle urine.

Colla cura lattea scompare l'albumina e coll'uso del bromuro di potassio e cloralio cessano i vomiti. Continua la gravidanza. Sorte il 24 giugno.

Gli altri cinque casi furono curati con buon risultato colla cocaina internamente.

Nel settimo caso fu provocato l'aborto. Trattavasi di utero retroflesso incarcerato:

Ernesta Poggi, di anni 20, maritata, cure domestiche, entra nell'Istituto verso le ore 6 pom. del 4 ottobre 1888, in preda ad accessi eclampsici gravissimi, che incominciarono il 1.º del mese ripetendosi per sette volte.

È gravida per la seconda volta in 7.º mese. Alle ore 7 pom. è visitata. È in stato comatoso, respirazione stertorosa, pulsazioni 80 al minuto, albumina nelle urine. Si pratica un salasso di circa 400 grammi, e si applica un clistere purgante cui fa seguito altro con due grammi di solfonal; vescica di ghiaccio sul capo. Durante la notte non ebbe più accessi, ed al mattino del giorno 5 la donna presenta le sue facoltà intellettuali chiare. Si ordina un purgante e tre grammi di solfonal da prendersi nella giornata.

Dopo 10 giorni di cura lattea scompare l'albumina. All'ascoltazione il feto è vivo. Sorte il 14 ottobre.

3.° Parto.

Relativamente al parto abbiamo tenuto nota della durata del travaglio, dell'ora in cui avvenne fra i limiti dalle 6 antim. alle 6 pom. e dalle 6 pom. alle 6 ant., della presentazione e della posizione, del modo di rottura delle membrane e delle lacerazioni perineali dividendole in 1.° e 2.° grado. La durata minima è stata di 2 ore, la media ha oscillato fra le 7 e le 18 ore, la massima di 32 ore.

Riguardo alle ore nelle quali avvennero i parti si hanno le cifre seguenti:

Dalle 6 antim. alle 6 pom. . . . . Parti 182
Dalle 6 pom. alle 6 antim. . . . . » 280

Quadro delle presentazioni e posizioni del feto.

Presentazioni e Posizioni			1888	1889	1890	Totale
Vertice . . .	1.ª posizione		107	119	106	332
	2.ª »		35	24	44	103
	3.ª »		—	1	6	7
	4.ª »		—	—	2	2
Faccia . . .	1.ª »		—	1	—	1
	2.ª »		—	1	—	1
	3.ª »		—	—	—	—
	4.ª »		—	—	—	—
Pelvi	Natiche		—	3	—	3
	Ginocchi		—	—	2	2
	Piedi		4	—	1	5
Spalla . . .	Destra . .	1.ª posizione	3	—	—	3
		2.ª »	—	—	—	—
	Sinistra . .	1.ª »	1	1	1	3
		2.ª »	—	—	—	—

Rottura delle membrane:

Rottura spontanea a dilatazione completa . .	316
» » prematura	110
» artificiale	36
Lacerazioni del perineo di 1.° grado	20
» » » » 2.° »	6

Nel nostro Istituto il metodo adoperato per sostenere il perineo è quello di Goodell.

Quadro riassuntivo delle operazioni ostetriche eseguite nel triennio 1888-89-90.

Operazioni		1888	1889	1890	Totale
Forcipe	Distretto superiore	2	2	4	8
	Nello scavo	3	2	4	9
	Distretto inferiore	3	3	4	10
Rivolgimento sopra i piedi		5	3	1	9
Estrazione per i piedi		1	—	—	1
Isterostomatomia		—	—	1	1
Craniotomia		—	—	1	1
Cefalotrissia		—	—	1	1
Aborto provocato		—	1	—	1
Parto prematuro provocato a scopo ostetrico		1	—	1	2
» » » a scopo medico		1	—	1	2
Estrazione di placenta		3	3	4	10
Perineorrafia		1	2	2	5
Colpo-rettorrafia		—	1	—	1
Raschiamento della cavità uterina		—	—	1	1
		20	17	25	62

4.° Puerperio.

Noi distinguiamo il puerperio in apiretico, subfebbrile e febbrile. L'apiretico è caratterizzato dall'abbassamento del polso e dal grado di temperatura inferiore a 37.5; il subfebbrile si distingue per leggiere elevazioni termiche e di breve durata prodotte da cause accidentali; errori dietetici, emozioni morali, costipazione addominale, ritenzione di urina, ingorgo latteo; il febbrile appartiene ai processi puerperali infeziosi.

	1888	1889	1890	Totale
Puerperio apiretico	120	135	161	416
Puerperio subfebbrile	19	24	9	51
Puerperio febbrile	9	4	3	16
	148	163	173	484

Nel puerperio febbrile figurano la endometrite, la metrite, la parametrite, la flegmasia alba dolens e la peritonite. Delle donne, che partorirono nel nostro Istituto, otto vennero a morire per i processi morbosi seguenti:

Anno 1888 morte N. 3 { Metro-peritonite puerperale 2
Tubercolosi polmonare 1

Anno 1889 morte N. 5 { Spondilite cervicale, ascesso retrofarin. 1
Eclampsia 2
Peritonite puerperale 1

Anno 1890 morte N. 1 | Metro-peritonite puerperale 1.

Dal presente quadro si vede che la mortalità delle donne, che partorirono nel nostro Istituto, per processi puerperali infettivi, è stata di 4 casi su 484 parti, nella proporzione di 0. 82 0|0.

Delle 186 donne entrate puerpere nel nostro Istituto si ebbero 14 decessi per infezione puerperale. È da notare che la maggior parte di

queste povere donne si trovava in condizioni gravissime e dallo interrogatorio da noi fatto ai parenti risultava che le regole le più comuni della igiene erano state trascurate e che nessuna precauzione antisettica era stata presa da chi assisteva la donna durante il parto ed il puerperio.

Trattamento delle affezioni puerperali.

Il disinfettante da noi prescelto è il sublimato corrosivo, che alla dose di 0. 50 per 0[00 ci permette di contare sopra una disinfezione sicura. In 250 e più irrigazioni endo-uterine noi non abbiamo osservato alcun caso di intossicazione mercuriale, e questo noi crediamo che si debba attribuire all'abitudine che noi abbiamo di fare seguire l' irrigazione di sublimato da altra abbondante (due litri) di soluzione di acido borico al 5 0[0 onde diluire e togliere il sublimato, che poteva restare nella cavità uterina, perchè per noi la intossicazione mercuriale dipende dalla quantità di sublimato, che rimane nell'utero. Nelle puerpere con albumina nelle urine abbiamo fatto uso dell'acido borico. Come topico usiamo l' iodoformio nelle piccole lacerazioni dei genitali esterni e del perineo. Abbiamo sempre incominciato il trattamento delle affezioni puerperali colla iniezione endouterina, molte volte la febbre è diminuita ed in qualche caso cessata completamente. Le irrigazioni endo-uterine sono state praticate tre volte nelle ventiquattr'ore; alle 8 del mattino, alle 3 ed alle 9 pom. La tecnica delle irrigazioni endouterine, è inutile descriverla, essendo da tutti conosciuta. Nei casi di peri e parametrite le iniezioni endouterine sono da condannarsi, perchè dopo le medesime abbiamo osservato una maggiore esacerbazione del dolore seguita da temperatura più elevata. Degli accidenti prodotti dalle irrigazioni endouterine e descritti per la prima volta da Küstner, accelerazione del polso, dispnea, sintomi cerebrali, perdita della conoscenza, brividi seguiti da movimenti convulsivi, metrorragia, noi abbiamo avuto in due puerpere un brivido intenso, ed in una terza dispnea. Ad evitare i suddetti accidenti, le irrigazioni endouterine devono essere fatte sotto una leggiera pressione ed una mano sull'utero deve controllare la sua espansione. Dopo che si tratta l' infezione puerperale con mezzi locali, perchè la sua origine risiede nell' utero e nella vagina, il trattamento interno è stato messo in seconda linea. Le recenti pubblicazioni di Landau, di Conrad e di

Winckel hanno mostrato all' evidenza la inefficacia del trattamento interno. Nei casi gravi d'infezione gli antipiretici a nulla giovano. Abbiamo usato il solfato di chinina internamente ed il cloridrato di chinina per clistere nelle peri e parametriti e nelle suppurazioni degli organi genitali. Come trattamento generale, abbiamo sostenuto le forze dell'ammalata con brodi buoni, uova, peptoni e vino marsala. Nei casi di essudati il bagno Priessnitz continuato con perseveranza ci ha dato ottimi risultati.

SEZIONE GINECOLOGICA

Malattie della vulva e della vagina.

Eczema della vulva 1.

Ascesso del gran labbro sinistro 1. — Incisione.

Bartolinite suppurata 3. — Idem.

Condilomi acuminati della vulva 1. — Escissione e cauterizzazione coll' acido nitrico.

Ematoma 1. — Incisione e svuotamento del cavo.

Fistola vescico-vaginale 2.

Fistola retto-vaginale 1.

Prolasso della vagina, parete anteriore 2. — Colporrafia (metodo ovalare). Guarigione.

Prolasso della vagina, parete posteriore 4. — Colporrafia (metodo Simon). Guarigione.

Prolasso della parete anteriore e posteriore 2. — Colporrafia (metodo ovalare e Simon). Guarigione.

Lacerazione del perineo e dello sfintere esterno dell'ano 1. — Colpo perineorrafia (processo Martin). Guarigione.

Caruncola uretrale 1. — Escissione e sutura. Guarigione.

Vaginite blenorragica 2. — Cauterizzazione col nitrato d' argento. Guarigione.

Cisti della parete anteriore della vagina 1. — Estirpazione. Sutura. Guarigione.

Epitelioma ulcerato della vagina 1. — Non operabile.

Endometriti.

Anno 1888. — 23 casi di endometrite, dei quali 2 soli guariti, 20 migliorati ed 1 con esito fatale per dissenteria.

Anno 1889. — 27 casi di endometrite, 19 guariti, 8 migliorati. Furono eseguiti 18 raschiamenti dell'endometrio.

Anno 1890. — 22 casi di endometrite, 21 guariti ed 1 migliorato. Furono eseguiti 18 raschiamenti dell'endometrio.

La percentuale delle guarigioni dell'anno 1888 sarebbe molto inferiore a quella dei due anni successivi. Questo fatto, che a tutta prima fa meraviglia, ha la sua ragione di essere, nel metodo di cura usato, vario, in queste diverse epoche. Nel 1888 noi non avevamo ancora addottato il raschiamento dell'endometrio. L'ingrata impressione che questo metodo di cura praticato senza una severa antisepsi aveva lasciato dopochè Recamier l'aveva escogitato, ci aveva sempre legati al metodo antico, il quale come palliativo ha sempre dato e dà tuttavia dei buoni risultati. Noi portavamo a contatto della mucosa uterina un caustico diluito mercè un batuffoletto di ovatta avvolto attorno ad un specillo uterino. I liquidi caustici da noi usati a preferenza furono una soluzione alcolica satura di acido fenico; una soluzione all'8 0[0 di cloruro di zinco o la tintura di percloruro di ferro allungata in glicerina al 10 0[0. La causticazione veniva praticata 3 volte la settimana a giorni alterni e contemporaneamente veniva fatta la medicazione sul collo uterino mercè un tampone imbevuto di glicerina all'iodoformio. Ebbimo dei discreti risultati. La leucorrea diminuiva, si correggevano le metrorragie e le menorragie; ma se si interrompeva la cura la donna ritornava nello stato primitivo; cosicchè non vi fu mai caso di registrare più di due guarigioni.

Generalmente non ci trovammo nel caso di dover dilatare il collo uterino per poter introdurre con facilità il turacciolo di ovatta imbevuto delle soluzioni caustiche. Per lo più nei casi in cui l'endometrio si trova in preda ad un processo flogistico cronico, l'orifizio uterino è facilmente permeabile. I bastoncini medicamentosi di Becquerel, di Rodier,

di Courty abbandonati nella cavità uterina non c'inspirarono mai tanta fiducia da indurci a continuarne l'uso, perchè determinano coliche uterine. In qualche caso usammo le iniezioni endo-uterine di liquidi caustici,mercè la siringa Braun, ed i risultati ottenuti non furono superiori a quelli ottenuti colla cauterizzazione. Dobbiamo notare che in questa pratica non avemmo mai a lamentare inconvenienti.

Nel 1889 cominciammo a curare le endometriti croniche col raschiamento dell' endometrio, a cui facevamo seguire la cauterizzazione, mercè il tampone di ovatta imbevuto nel liquido caustico o l' iniezione endo-uterina colla siringa del Braun. Noi sceglievamo come epoca più propizia per l'operazione i giorni che seguivano al cessare delle regole. Facevamo precedere all'operazione la dilatazione dell' orifizio uterino mercè le tente di laminaria, onde ci fosse facile l' introduzione dell'istrumento e la disinfezione della cavità uterina fatta colla sonda di Doléris. Il cucchiaio che abbiamo di preferenza adoperato è il cucchiaio di Sims. Previa disinfezione del cavo vaginale ed uterino procedevamo all'atto operativo. Questo veniva praticato con delicatezza, asportando quel tessuto che cedeva facilmente al tagliente. Non ci trovammo mai nella necessità di esercitare sforzo per asportare una mucosa ammalata. Le fungosità venivano abrase facilmente e quando il cucchiaio arrivava a contatto del tessuto uterino sano strideva in un modo particolare e dava una sensazione speciale, che si può dire segnava il limite dell'operazione. È perciò che noi non ci sappiamo spiegare come da qualche operatore si abbia potuto perforare la parete uterina in questa pratica.

Con questo nuovo mezzo di cura i risultati furono assolutamente diversi dai primi; avemmo delle guarigioni e molte guarigioni durature; in qualche raro caso dopo alcuni mesi dovemmo ripetere l'operazione. Qualche rarissima volta una leggiera dolenzia dell'utero, ed un leggiero grado di febbre segnarono una flogosi del tessuto parametrico la quale però bentosto cessava coll'applicazione locale del ghiaccio e le siringazioni antisettiche della vagina. Usammo una speciale attenzione sull' influenza del raschiamento sulla sterilità. Ricordiamo di aver visitato ulteriormente molte donne già operate di raschiamento, le quali si trovavano gravide. Qualche volta abbiamo aggiunto a questa operazione, le operazioni sul collo uterino e sulla vagina quando all'affezione dell' endometrio si univano quelle del viscere uterino o delle pareti vaginali.

Nome e Cognome	Diagnosi	Operazioni	Esito	Data dell'entrata	Data dell'uscita
Assunta Musso	Metrite cervicale parenchimatosa	Cervicectomia	Guarigione	27 marzo 1889	19 maggio 1889
Luigia Peirano	Metrite parenchimatosa	Cervicectomia	»	20 luglio 1889	3 ottobre 1889
Livia Prando	Metrite parenchimatosa, endometrite	Cervicectomia. Raschiamento dell'endometrio	»	30 genn. 1890	6 maggio 1890
Antonia Marcenaro	Metrite cervicale, endometrite fungosa	Cervicectomia. Raschiamento dell'endometrio	»	6 febbraio 1890	3 settemb. 1890
Maria Ferrari	Metrite parenchimatosa, endometrite	Cervicectomia. Raschiamento dell'endometrio	»	15 marzo 1890	9 giugno 1890
Teresa Olmi	Metrite parenchimatosa, endometrite cervicale	Cervicectomia. Raschiamento del canale cervicale	»	24 marzo 1890	5 maggio 1890
Giovanna Brustio	Catarro cervicale, metrite parenchimatosa, endometrite	Cervicectomia. Raschiamento dell'endometrio	»	17 aprile 1890	19 luglio 1890
Maria Grondona	Endometrite cervicale	Operazione dello Schröder	»	1 maggio 1890	23 maggio 1890
Carolina Oberti	Catarro cervicale, lacerazione bilaterale della cervice, ectropion	Raschiamento del canale cervicale. Operazione di Emmet	»	6 maggio 1890	28 maggio 1890

Nome e Cognome	Diagnosi	Operazioni	Esito	Data dell'entrata	Data dell'uscita
Matilde Calori	Metrite parenchimatosa, endometrite, retroversione	Cervicectemia. Raschiamento dell'endometrio	Guarigione	14 giugno 1890	24 agosto 1890
Giustina Gardella	Lacerazione unilaterale sinistra della cervice, ectropion	Operazione di Emmet	»	12 luglio 1890	17 agosto 1890
Teresa Mangini	Lacerazione bilaterale della cervice, endometrite	Operazione di Emmet. Raschiamento dell'endometrio	»	14 luglio 1890	25 agosto 1890
Caterina Verardo	Metrite cervicale, lacerazione bilaterale della cervice	Operazione del Marckwald	»	16 agosto 1890	Non segnata la data dell'usc.
Teresa Zeme	Metrite parenchimatosa, endometrite	Cervicectemia. Raschiamento dell'endometrio	»	2 settem. 1890	4 ottobre 1890
Margherita Raineri	Endometrite cervicale	Operazione dello Schröder	»	6 settem. 1890	2 ottobre 1890
Matilde Nardi	Metrite cervicale parenchimatosa	Cervicectemia	»	8 settem. 1890	2 novem. 1890
Luigia Casale	Metrite cervicale parenchimatosa	Cervicectemia	»	11 settem. 1890	11 ottobre 1890
Costanza Bottinelli	Endometrite cervicale, lacerazione bilaterale della cervice, ectropion	Operazione del Marckwald	»	28 settem. 1890	2 novem. 1890
Rosa Copello	Metrite cervicale, lacerazione bilaterale del collo	Raschiamento del canale cervicale. Operazione di Emmet	»	4 ottobre 1890	22 ottobre 1890

Metriti.

La precedente tavola è lo spoglio degli atti operativi praticati sul collo uterino. I processi infiammatorii della cervice uterina, se durano da un certo tempo si estendono al corpo dell'utero ed agli annessi. D'altronde è facile a comprendersi che lo stato patologico di una parte di un viscere sia spesso incompatibile coll' integrità dell' altra parte, alla quale si trova strettamente legata per circolazione e per innervazione. Curando le malattie croniche dell'utero e del collo specialmente, noi ci siamo formati il concetto che le condizioni fisiche generali dell'ammalata abbiano grande influenza sulla manifestazione di questi processi, che col loro lento decorso stancano spesso la pazienza dell' ammalata e del curante. Abbiamo veduto delle donne, che avevano frequentato il nostro ambulatorio, guarire in un tempo relativamente breve, perchè eransi portate a vivere in campagna, o perchè migliorata la loro condizione sociale potevano disporre di migliore abitazione e di vitto più abbondante e nutriente. Certamente le cause occasionali, rappresentate dal complesso dei traumi che possono esercitarsi sull'utero, determinando una lesione anatomica, che le forze naturali sono insufficienti a reintegrare, rappresentano le cause immediate della malattia. È perciò che le lacerazioni, che avvengono durante il parto sul collo uterino, possono acquistare una importanza non indifferente. Le conclusioni ottimistiche del Nöggerath (1) su questo soggetto non possono avere la nostra approvazione perchè non rispondono ai fatti, che noi abbiamo quotidianamente osservato; anzi noi ci uniamo al Wells (2) nel rilevare la facilità con cui si vedono comparire nelle lacerazioni del collo le nevrosi riflesse e specialmente le nevralgie ovariche. Con tali concetti noi ci siamo sempre curati di correggere al più presto possibile queste alterazioni anatomiche della cervice uterina, mercè le operazioni cruente.

---

(1) Nöggerath. *Centralblatt f. Gyn.*, 1888, N. 41.

(2) Broohs H. Wells. « The etiological relation of cervical laceration to uterine disease. » *Americ. Journ. of Obstetrics*, mars 1888.

Noi operavamo sul collo uterino, quando si presentavano le seguenti condizioni morbose: 1.° lacerazione unilaterale e bilaterale con ectropion; 2.° allungamento della porzione infravaginale del collo; 3.° metrite parenchimatosa; 4.° metrite cervicale cronica con profonde lesioni anatomiche della mucosa.

Nei casi della 1.ª classe noi praticavamo l'operazione di Emmet con eccellente risultato, riuscendo a togliere la sindrome fenomenologica, che accompagnava la lesione anatomica. Nei casi della 2.ª e 3.ª classe praticavano la *cervicectemia* asportando piuttosto largamente del tessuto uterino (metodi di Sims, Hegar, Marchwald). Finalmente nei casi della 4.ª classe eseguimmo con vantaggio l'operazione di Schröder. In questi atti operativi mai si praticò l'emostasi preventiva e non si ebbe emorragia di rilievo; soltanto in un caso operato nell'anno 1889, in cui non fu possibile trarre l'utero ingrossato all'orifizio vulvare, si ebbe una imponente emorragia sul finire dell'operazione. L'emorragia fu frenata tamponando il canale cervicale e la vagina. Dopo 24 ore fu tolto il tampone. L'operata fu sempre apiretica e guarì di prima intenzione.

Nei casi nei quali l'endometrio era ammalato si praticava il raschiamento della cavità uterina seguito da cauterizzazione col percloruro di ferro.

Processo flogistici para e perimetrici.

Furono 55 i casi, che caddero sotto la nostra osservazione durante il triennio. Ventidue di parametrite, di questi, 3 soltanto andarono a suppurazione dando luogo ad ascessi, che furono trattati chirurgicamente; 17 guarirono completamente; di un caso non si conobbe l'esito essendo l'ammalata sortita dall'Istituto prima di essere guarita, in un'altra non avvenne guarigione perfetta. Nessun esito letale. Vario fu il decorso della parametrite, sul quale la estensione, la localizzazione e la natura del processo hanno influenza grandissima. Invero mentre per certe parametriti d'indole acuta e limitata bastarono pochi giorni o poche settimane per ottenere la guarigione, in altre con processo molto esteso e di data antica abbisognarono alcuni mesi prima che l'ammalata potesse lasciare l'Istituto. Trenta furono i casi di perimetrite e di peritonite

pelvica, dei quali 20 guarirono, 4 migliorarono, di 4 non si conosce l'esito, 2 ebbero esito letale. Le osservazioni che noi abbiamo fatto per le parametriti possiamo ripeterle anche in questo caso. Osservammo 2 casi di peritonite diffusa, dei quali uno guarito e l'altro seguito da morte. Importa ora esporre quale sia stato il metodo di cura usato.

Parametrite. — Nella maggioranza dei casi la parametrite sul principio del suo decorso ha una indole acuta o sub-acuta, si caratterizza per un decorso febbrile a tipo continuo e più spesso intermittente, cioè con elevazioni termiche serotine più o meno accentuate in rapporto colla estensione del processo. Decorso febbrile assai irregolare e suscettibile di esacerbazioni inaspettate sotto la influenza del più piccolo disordine da parte della ammalata. Quando la parametrite si protraeva a lungo, l'ammalata cadeva in preda a un marasma spiccatissimo. Potemmo pure dedurre dalle nostre osservazioni, per ciò che riguarda la eziologia di questi processi flogistici, la loro indole manifestamente settica, infatti quasi sempre seguirono ad un aborto o ad un parto, cui fecero difetto le cure antisettiche, e le regole elementari della igiene. Il metodo di cura usato è il seguente: 1.° mantenere l'ammalata nella più assoluta immobilità; 2.° procurare la maggior asepsi del cavo vaginale e dell'orifizio uterino; 3.° combattere le elevate temperature; 4.° tonicizzare l'organismo debilitato dal processo settico di lunga durata. Il primo scopo lo abbiamo ottenuto colla posizione supina e coi sedativi sotto tutte le forme, sia per combattere i parossismi dolorosi che si accompagnano alla malattia, sia per procurare il sonno. L'antisepsi del cavo vaginale si otteneva con irrigazioni vaginali di sublimato corrosivo a 0.50 p. 0[00 oppure di acido fenico al 2 0[0. Come antitermico il solfato di chinina alla dose di grammi 1 somministrato in due riprese collo intervallo di mezz'ora, cinque o sei ore prima dell'elevazione termica della sera. Nelle alte temperature abbiamo usato l'antipirina e la fenacetina per ottenere con maggiore rapidità la discesa, ma notammo che la durata del periodo di apiressia così ottenuto era più breve, il ritorno della febbre avveniva rapidamente con intensissimo brivido assai penoso per le povere ammalate. Abbiamo cercato di raggiungere il quarto scopo mantenendo regolato più che fosse possibile il sistema digerente, correggendo quindi la stitichezza o la diarrea; eccitando se occorreva, le funzioni gastriche con amaricanti; si prendeva massima cura della nutrizione, che si com-

poneva di uova in brodo, latte, peptoni. Passato lo stadio acuto della malattia si faceva ricorso alle irrigazioni vaginali calde a temperatura tollerabile, al tampone vaginale con glicerina ed ittiolo oppure iodoformio, semicupi salini, esternamente revulsivi cutanei, vescicanti, tintura di iodio e pomata con ittiolo.

Nella perimetrite abbiamo usata la stessa cura generale che nella parametrite. Come cura locale l'applicazione della vescica di ghiaccio sul ventre e spesso molto sollievo ebbe l'ammalata dal bagno Priessnitz e dal fomento di trementina.

Spostamenti uterini.

Abbassamento d'utero con prolasso della vagina 14.
Prolasso completo 9.
Retroflessione semplice 9.
Retroflessione con endometrite 15.
Retroflessione con prolasso della vagina 3.
Retroflessione con prolasso della parete anteriore della vagina 1.
Retroflessione con prolasso della parete posteriore della vagina 4.
Retroflessione con metrite parenchimatosa 1.
Antiflessione 1.
Latero-flessione 3.
Antiversione 2.
Retroversione con endometrite 6.
Latero-versione 4.

Facendo un riassunto statistico noi possiamo registrare 71 casi di spostamenti uterini. I casi di abbassamento d'utero con prolasso della vagina furono curati colla colporrafia anteriore e posteriore e quindi coll'applicazione del pessario ad anello Mayer. Il prolasso completo dell'utero fu curato colla colporrafia anteriore (metodo ovolare) e colla posteriore (metodo Simon) in 5 casi, in uno fu praticata la *isterectemia vaginale,* negli altri 3 casi non fu praticata alcuna operazione stante l'età assai avanzata delle donne. Nella retroflessione con endometrite fu praticato il raschiamento e nel prolasso delle pareti la colporrafia, quindi

corretto lo spostamento col pessario Hodge o col pessario Cuzzi al quale diamo la preferenza. In un caso di retroflessione con metrite parenchimatosa abbiamo praticata la *cervicectemia*. Dal lato dei risultati si ebbero l'85 per 0[0 di guarigione.

Dei 12 casi di versione uterina, 7 guarirono e degli altri 5 ci è sconosciuto l'esito. Gli spostamenti laterali erano dovuti a briglie cicatrizie per processi infiammatori pregressi. Furono curati con risultato mercè il massaggio, le irrigazioni calde ed il tampone di glicerina pura.

Le retroflessioni, come si vede, sono quelle forme di spostamento che diedero più larga casuistica. Noi siamo concordi col Martin nel credere, che le flessioni uterine rappresentino una fase più avanzata delle versioni. La sindrome fenomenologica nei due casi non è possibile differenziarla. Vi sono semplici versioni con gravi disturbi generali e locali, mentre le flessioni più accentuate passano inavvertite e viceversa.

Il Martin crede che date le condizioni fisiche, perchè un utero cada in versione basti una forza accidentale qualunque, la quale eserciti abitualmente la sua azione sull' estremità superiore della leva uterina, ci si permetta il termine, perchè quest'utero si fletta. Così un meteorismo abituale potrebbe cambiare una retroversione in retroflessione.

Noi però siamo proclivi a credere che all'avverarsi di questo fatto sia necessaria una certa atonicità della fibra muscolare dell'utero. È un fatto, che può aversi una forza la quale superi la resistenza di un tessuto uterino normale. Noi sappiamo benissimo, come una cicatrice residua di essudati perimetrici, possa flettere, contorcere, deformare in mille modi un utero il più normale ed il più resistente. Ma se questo può avvenire qualche volta ed in certi casi non può ammettersi come regola generale.

Vi sono delle flessioni uterine, le quali si vanno producendo lentamente, gradatamente, senza che riesca all' osservatore di apprezzare nettamente le cause che le producono. È in questi casi, che sono i più numerosi, che noi troviamo la necessità di ammettere una diminuzione nella resistenza tonica del tessuto uterino, in modo che l' utero spostato dal suo asse d' equilibrio si piega su sè stesso ubbidendo alla sola forza di gravità. È per questa atonicità del tessuto dell' utero, che qualche volta accade al ginecologo di ottenere una antiflessione o una

latero-flessione, mentre cerca di curare ortopedicamente una retro-flessione.

Del resto questo fatto è ammesso e sostenuto da molti valorosi della ginecologia, i quali non poterono spiegare altrimenti le antiflessioni delle cloro-anemiche credute da alcuni per congenite. Il fatto si è che flessioni spiccatissime non ci diedero alcune volte sintomi apprezzabili, se si eccettui i disturbi di un' endometrite cronica, che s'accompagnano allo spostamento, e per la quale la donna era ricorsa a noi. E fra le due affezioni, ci potemmo persuadere non esistere rapporto, poichè limitandoci noi a curare l'endometrite, abbiamo potuto rimandare la donna guarita, sebbene l'utero si mantenesse flesso sul suo asse.

E noi siamo convinti, che molte donne le quali non hanno mai avvertito alcun sintomo di metropatia, possano avere una flessione uterina. Fra l'endometrite cronica e la flessione uterina, abbiamo in alcuni casi potuto stabilire un rapporto evidente, essendo l' una affezione causa dell' altra, più spesso lo spostamento cagionando l' endometrite, per il disturbo circolatorio locale a cui dava luogo. Nei diversi casi noi abbiamo indirizzata la nostra cura alla stregua del giudizio, che abbiamo potuto farci. Noi non siamo giammai intervenuti con un' operazione cruenta per correggere le deviazioni uterine. Dobbiamo confessare, che essendoci prefisso lo scopo, di riuscire per quanto è possibile utili coll'opera nostra all'ammalata, non sappiamo deciderci ad adoperare il coltello se non quando la gravità del caso, la mancanza di altre risorse terapeutiche sanciscono l'opportunità di farlo ed in ogni caso siamo felici di poter praticare ciò, che l'estesa pratica dei maggiori ha dichiarato proficuo.

È per questa ragione che non abbiamo mai praticata l' operazione dell'Alexander-Adams e la gastro-hysteropessia uterina, i cui risultati a nostro modo di vedere sono illusori, o almeno non abbastanza giustificati dalle statistiche. Le altre operazioni che non presentano nè le difficoltà nè i pericoli delle sopracitate (operazioni del Doléris, del Schücking di Pyrmont, di Pean, di Freund), non presentano risultati maggiori della cura ortopedica, la quale è assai più comoda e più facile. Perciò noi ci siamo attenuti alla cura col pessario, usando il pessario dell' Hodge ed a prevalenza quello del Cuzzi o a sbarra trasversale. Quando lo spostamento non forniva sintomi, non ci siamo curati di correggerlo.

Cisti ovariche.

Nome e Cognome	Età	Stato civile	Professione	Diagnosi	Data dell'entrata	Data dell'uscita	Esito	Osservazioni
Margherita Cogorno	66	vedova	domestica	Cisti ovarica	15 giug. 1888	11 agos. 1888	Guarig.	10 luglio. Ovariotomia.
Madd. Scapparoni	37	nubile	domestica	Cisti ovarica	21 mag. 1889	7 luglio 1889	Guarig.	30 maggio. Idem.
Anna Drago	77	vedova	cure domest.	Cisti ovarica	16 luglio 1889	1 sett. 1889	Guarig.	22 luglio. Idem.
Maria Carrera	48	vedova	cucitrice	Cisti ovarica con fitte aderenze pelviche	30 agos. 1889	9 ott. 1889	Morta	11 settem. 1889. Ovariotomia. Marsupializzazione della cisti.
Chiara Risso	30	maritata	cure domest.	Cisti ovarica	6 magg. 1890	11 luglio 1890		Si rifiutò all'operat.
Annunziata Destri	47	idem	cure domest.	Cisti para-ovarica	11 sett. 1890	6 ott. 1890	Guarig.	14 sett. Ovariotomia.
Benedetta Ferrando	35	idem	erbivendola	Cisti ovarica	18 sett. 1890	19 ott. 1890	Guarig.	21 sett. Idem.
Rosa Bevilacqua	55	idem	cure domest.	Cisti ovarica con fitte aderenze all' intestino ed alla pelvi	1 ott. 1890	30 ott. 1890	Morta	29 ottobre. Ovariotomia. Marsupializzazione.
Maria Campagnaro	41	idem	cure domest.	Cisti ovarica, peritonite cronica, pleurite essudativa.	31 ott. 1890	2 nov. 1890		Inoperabile stante le cattive condizioni generali.

Fibromi.

Furono 35 i casi di tumori fibrosi dell' utero, che caddero sotto la nostra osservazione. La cura da noi praticata può essere distinta in cura medica ed in cura chirurgica. Gli esiti che ci ha dato sì l' una che l' altra furono poco felici. Infatti spesso ci trovammo nelle condizioni imbarazzanti di dover rimandare a casa sua l' ammalata dopo averla sottomessa infruttuosamente alla cura medica, perchè i sintomi che il neoplasma uterino dava, non avevano una gravità tale che potesse giustificare un atto operativo pericoloso.

Le sostanze medicamentose che noi adoperammo nella cura medica dei fibromi uterini furono: l'ergotina per bocca e per iniezione ipodermica, l'estratto fluido d'hydrastis canadensis, l'hamamelis virginica, l' ioduro, il bromuro di potassio, sostanze tutte raccomandate dai ginecologi i quali avrebbero avuto dall'uso di queste dei sorprendenti risultati.

Questi risultati non li ebbimo mai per quanta perseveranza mettessimo nell'uso del medicamento. Ultimamente nel 1890 i facili entusiasmi di alcuni colleghi italiani ci indussero a tentare le iniezioni dell' ergotinina Tanret; ma se mai dovessimo trarre i giudizii dai fatti basandosi sull'eterno adagio *Post hoc ergo propter hoc,* dovremmo dire che queste iniezioni hanno aggravato il morbo.

Riportiamo a mo' d'esempio la storia di una povera inferma in cui usammo questo metodo curativo. Era una giovane di 24 anni per nome Spinetta Angela, domestica, nubile, la quale portava un grosso fibroma nella parete posteriore dell'utero. La storia della sua malattia può riassumersi così:

Mestruata a 14 anni, ebbe mestrui regolari fino all'età di 21 anni, alla quale epoca cominciarono a farsi più abbondanti; successivamente crebbero e s'accompagnarono a forti dolori alle reni ed alla regione ipogastrica. Ben presto il mestruo fu sostituito da una vera metrorragia; fu allora che l'ammalata domandò consiglio ad un medico. Il giorno 29 novembre dell' 89 essendosi ricoverata nel nostro Istituto, si praticò la prima iniezione d'ergotinina Tanret alla dose di mezzo miligrammo. Il giorno seguente si praticò la seconda iniezione di un milligramma.

Alcune ore dopo l'iniezione l'ammalata si lamentò di forti dolori alla regione ipogastrica. Palpando l'utero si avvertiva contratto, indurito, dolente; l'inferma accusava vertigini ed un leggiero senso di nausea. Si dovette ricorrere alle iniezioni sottocutanee di 2 centigrammi di morfina per sedare i dolori. Il giorno 2 dicembre venne praticata la 3.ª iniezione di ergotinina dopo la quale si sospese la cura per due giorni essendo comparso il flusso mestruale, il quale divenendo di soverchio abbondante, si ricominciarono le dette iniezioni. Alla 18.ª iniezione di ergotinina, praticata il giorno 26 dicembre, lo scolo sanguigno non era scomparso ancora, alternato qualche giorno da vera metrorragia. Allora si dovette ricorrere al tamponamento vaginale, alla somministrazione di forte quantità d'ergotina Ivon ed alle irrigazioni vaginali calde a 45.° Si praticarono alcune altre iniezioni con esito sempre più infruttuoso. Perchè il sangue cessasse dal colare dai genitali, l'ammalata doveva tenere quotidianamente il tampone in vagina e stare a letto. Con simili tentativi infruttuosi trascorsero due mesi. La giovane donna era ridotta in uno stato di profonda anemia, le mucose s'erano fatte pallide, il colorito cutaneo cachettico ed il pannicolo adiposo floscio ed edematoso. Il giorno 24 marzo si tentò ancora la cura dell'ergotina formola Simpson, iniettata sotto la cute a cui si accoppiò la somministrazione per via della bocca dell'estratto fluido d'hydrastis canadensis, e così si continuò per tutto il seguente aprile senza che lo stillicidio sanguigno cessasse dal farsi vedere, alternandosi qualche volta con metrorragie di rilievo. Finalmente nei primi giorni del maggio visto l'inutilità della cura medica ed il marasma che a grandi passi invadeva l'inferma e che infallibilmente l'avrebbe trascinata alla tomba, si decise d'intervenire chirurgicamente, ed il giorno 11 maggio alle ore 2 pom. venne praticata l'operazione del Lawson-Tait. Tutto procedette regolarmente. Due giorni dopo l'operazione si manifestarono dei fenomeni peritoneali; dolori all'addome, vomito, meteorismo, polso piccolo e frequente ed il giorno 15 maggio alle ore 2 pom. l'inferma cessò di vivere. Il reperto necroscopico lasciò rilevare una peritonite purulenta della piccola pelvi. In questo caso come in varii altri, noi ebbimo una prova che all'avverarsi di una infezione, oltre che alla forza dell'agente infettivo ha una influenza non indifferente la resistenza del tessuto infetto; poichè in questo caso le più severe leggi dell'antisepsi furono messe in opera; la camera in cui si eseguì l'operazione, camera che non serve ad altro uso, sterilizzata e disinfettata nel giorno precedente con lavaggi antisettici e suffumigi solforosi. Gli istrumenti chirurgici sterilizzati nell'acqua bollente e disinfettati in una soluzione di acido fenico al 5 0[0, gli oggetti da medicazione sterilizzati pure e disinfettati accuratamente, gli assistenti con la massima diligenza preparati e disinfettati, indossanti vesti pure di-

sinfettate. L'operazione eseguita senza alcun incidente disgustoso, l'emostasi assicurata; eppure s'ebbe l'infezione. Lo stato marastico in cui si trovava l'inferma non deve aver avuta un'influenza su questo fatto doloroso a registrarsi?....

Come riuscì infruttuosa la cura dell'ergotinina in questo caso che abbiamo portato come esempio, così riuscirono infruttuosi e di poco vantaggio tutti gli altri medicamenti in molte altre inferme delle quali per brevità tralasciamo l'istoria. Assai raramente intervenimmo con una grave operazione cruenta e solo in quei casi in cui la gravità dei sintomi incompatibili coll'esistenza ci spinsero a farlo. E seguimmo però qualche volta l'enucleazione del tumore per la via della vagina con felice risultato. Una sola volta procedemmo al raschiamento della cavità uterina ed all'amputazione del collo dell'utero ipertrofico con buonissimo risultato.

Elettrolisi uterina.

Nel 1890 mettemmo in pratica l'elettrolisi uterina col metodo Apostoli. Riportiamo alcuni casi sottoposti a questa cura:

Caterina Ageno, d'anni 47, affetta da fibroma uterino intramurale svoltosi nella parete anteriore dell'utero, catarro cervicale, lacerazione bilaterale della cervice, ectropion, prolasso della vagina. Mestruata a 13 anni, ebbe mestrui regolari fino a 17 anni, età in cui andò a marito. Ingravidò 9 volte, partorì felicemente a termine. Dopo l'ultimo parto 9 anni or sono, si manifestarono irregolarità nella mestruazione e metrorragie. Ricoverò in un istituto ginecologico ed ebbe cure infruttuose. Nel novembre del 1890 fu ricevuta nel nostro Istituto. L'esame obbiettivo diede i seguenti risultati. Organi genitali esterni normali, utero enormemente ingrossato da un tumore svoltosi nello spessore della sua parete anteriore, mobilissimo e dei seguenti diametri:

Dal fornice anteriore alla superficie del tumore direttamente opposta, palpata attraverso l'addome cent. 10.

Dal margine superiore della sinfisi pubica al limite superiore del tumore cent. 8.

Dal limite laterale destro all'omologo di sinistra cent. 11 1/2.

La sonda uterina penetra nella cavità dell'utero per 13 cent. percorrendo la faccia posteriore del tumore.

Il giorno 20 novembre cominciarono le sedute d'elettrolisi uterina. Disinfettata accuratamente la vagina e la cavità dell' utero, nonchè la sonda dell'Apostoli, immessa questa nell' utero fino a toccare il fondo del viscere e messala in comunicazione col polo negativo di una pila galvanica al bicloruro di mercurio di 50 elementi, si cominciò mercè un collettore a far passare una corrente gradatamente crescente, la quale veniva misurata da un galvanometro innestato alla pila stessa. In 10 minuti si arrivò a 150 milliampère senza che la donna soffrisse molto. Nei 5 minuti consecutivi decrescendo gradatamente la corrente si ritornò allo zero. Si lasciò riposare la donna per alcune ore, non s'ebbe alcun inconveniente. Il giorno 25 novembre si ripetè la seduta, ed in un quarto d'ora si fece passare una corrente massima di 200 milliampère senza inconvenienti, e così si seguitò fino al giorno 21 dicembre in cui avvenne la mestruazione regolare. Il 3 gennaio si ricominciarono le sedute coll'intervallo di 1, 2 o 3 giorni da una all' altra, ed interrompendole un po' più a lungo nell' epoca mestruale.

Il giorno 7 febbraio cessate le metrorragie, e regolarizzati i mestrui si procedette alla misurazione del tumore coi seguenti risultati:

Dal fornice anteriore alla superficie opposta del tumore cent. 9 1/2.
Dal margine superiore della sinfisi al limite sup. del tumore cent. 7 1/2.
Diametro trasverso cent. 7 1/2.

Si continuarono le sedute. Il giorno 20 aprile ricomparve una leggera metrorragia. Il giorno 19 agosto 1891 la misurazione del tumore era immutata, ma le metrorragie erano frenate di molto. Si aveva avuto ultimamente una mestruazione abbondante soltanto. Essendo cessate le perdite di sangue, naturalmente la donna aveva acquistato molto nelle condizioni generali, quindi apparentemente sembrava di molto migliorata.

Voluminoso fibroma inframurale. — Caterina Repetto, d' anni 50. Mestruata a 13 anni, soffrì sempre dismenorrea; si maritò a 27 anni ed ebbe due gravidanze a termine con parti felici, seguiti però da metrorragie. Cinque anni or sono fu sorpresa improvvisamente da imponenti metrorragie, dovette ricorrere ad un sanitario che diagnosticò un fibroma uterino. Ciò malgrado per tre anni si mantenne in salute, non ebbe mai alcun fenomeno di compressione sul retto e sulla vescica. È ricoverata in questo Istituto essendosi da poco tempo manifestate nuovamente imponenti ed infrenabili metrorragie ed accentuata dismenorrea. È una donna di media statura, con panicolo adiposo molto sviluppato, colorito della cute e delle mucose marcatamente pallido per le frequenti perdite sanguigne. Gli organi genitali esterni sono normali, la vagina è

ampia a large pieghe, il collo dell'utero è atrofico, rammollito, il corpo dell'utero è enormemente ingrossato per un tumore rotondeggiante della grossezza di una testa di feto a termine, di una consistenza dura che si palpa nel fornice anteriore. Detto tumore si può palpare anche attraverso le pareti addominali fino al livello della cicatrice ombellicale nel limite superiore. I limiti metrici di detto tumore sono i seguenti:

Diametro verticale cent. 12 1/2.

Diametro trasverso cent. 14.

Dal margine superiore della sinfisi pubica all'estremo superiore del tumore cent. 12.

Non si riesce a penetrare nella cavità dell'utero colla sonda uterina perchè detta cavità è completamente occupata dal tumore, così, torna difficile giudicare quale sia la località dell'utero dove si è primitivamente svolto il neoplasma. Il giorno 26 novembre 1890 si incominciarono le sedute d'elettrolisi uterina.

La cavità uterina non essendo praticabile, in questo caso fu d'uopo ricorrere all'infizione di un punteruolo metallico nel tessuto neoplastico passando attraverso l'orifizio uterino. Le prime sedute si prolungarono per soli 10 minuti con un massimo di 150 milliamp. Alla quarta seduta la quantità della corrente viene spinta fino a 200 milliamp. e la durata della seduta a 15 minuti. Praticando una lavatura vaginale antisettica dopo l'applicazione elettrica, dalla cavità uterina fuoriesce un piccolo cencio di tessuto necrotizzato. Coll'ispezione digitale si sente il collo uterino molto rammollito, le labbra dell'orifizio assottigliate e distese sul neoplasma sottostante. L'orifizio uterino dilatabile lascia penetrare il dito esploratore che trovasi ben tosto in contatto del neoplasma essendo quasi scomparso il canale cervicale. Sembra un utero in sopraparto. È ovvio dire che esiste un continuo stillicidio di liquido tenue sanguinolento che aumenta nell'atto del defecare e dopo la defecazione assume il carattere di una lieve metrorragia. Dopo l'8.ª seduta di elettrolisi uterina si manifestò un'imponente metrorragia cosicchè si sospese per un certo tempo la cura, che ripresa dopo circa una settimana, malgrado che lo scolo sanguigno non fosse cessato, non che frenarlo, accentuò la metrorragia, cosicchè l'inferma si rifiutò alla cura. La misurazione del tumore fornisce dati immutati.

Fibroma inframurale della parete anteriore dell'utero. — Bianca Peirò, d'anni 47. Mestruata a 13 anni, si maritò a 22 anni ed ebbe 2 gravidanze a termine. Dall'età di 25 anni i suoi flussi divennero irregolari, per quantità, e questa irregolarità si accentuò da un anno circa, assumendo prima il carattere di menorragia ed ultimamente di vera metrorragia, per cui domandò le nostre cure. È una donna di costituzione

sana, pallida, poco sviluppata nel panicolo adiposo e nel sistema muscolare. Il suo addome protunde notevolmente e palpato lascia rilevare una tumefazione occupante la regione ipogastrica fino alla metà della linea xifo-ombellicale. È una tumefazione irregolarmente sferica di consistenza dura, mobile, che segue i movimenti respiratorii. Infossando le dita al disopra della sinfisi pubica si trova che essa è profondamente saldata agli organi genitali. Gli organi genitali esterni sono normali. Coll'ispezione digitale si rileva che detto tumore è immedesimato coll' utero.

Misurazione. — *Linea circolare ombellicale cent. 75.*

Linea circolare a metà della xifo-ombellicale cent. 70.

Dall'ombellico alla spina iliaca anteriore superiore destra, cent. 18.

Dall'ombellico alla spina iliaca anteriore superiore sinistra cent. 18.

Lunghezza della cavità uterina cent. 22.

Il giorno 6 agosto si procedette alla prima seduta di elettrolisi uterina e le sedute si ripeterono a regolari intervalli di 3 giorni fino al prossimo passato novembre. Cessarono le menorragie e le metrorragie, cosicchè l' inferma acquistò molto nelle condizioni generali. La misurazione del tumore però forniva dati poco inferiori ai precedenti. L' inferma che già da 2 mesi era uscita dall' istituto credendosi perfettamente guarita non si presentò più all'ambulatorio. Per informazioni assunte indirettamente abbiamo ragione a credere che sia tuttora in discreto stato di salute.

Fibromioma inframurale della parete anteriore uterina — para-perimetrite. — Vittoria Cordone, d'anni 33, domestica. Mestruata a 12 anni, ebbe sempre mestrui irregolari per epoca e per quantità. Sei mesi or sono dietro una fatica corporea si manifestò metrorragia che si ripetè ad intervalli. Alle perdite sanguigne s'aggiunsero poi dolori veementissimi per cui dietro consiglio d'un sanitario ricoverò in questo istituto. È una donna di costituzione robusta con organi genitali esterni normali, nullipara. La temperatura presa al cavo ascellare misura 38.° Si hanno segni di una perimetrite acuta e parametrite con essudato. L' utero è fisso. Questo stato dell' inferma sconsiglia ulteriori manovre per compiere un esame esatto della parte, quindi si sottomette alla cura che si solita praticare in simili casi e dopo 23 giorni scomparsi i fatti peri-parametrici si procede all'esame interno col seguente risultato:

In corrispodenza del fornice vaginale anteriore si palpa un grosso tumore che ha intime connessioni coll'utero. Il collo dell' utero impicciolito e spinto posteriormente. All'esplorazione combinata si palpa detto tumore della grandezza di una piccola testa di feto, duro, elastico, mobile. La sonda penetra nella cavità uterina per 10 cent., l'utero è spinto posteriormente in leggiera retroversione. Fissando una branca del pel-

vimetro di Baudelocque nel fornice vaginale ant., a contatto del tumore e l'altra sulla parete addominale in corrispondenza del limite superiore del tumore, si ha una lunghezza di cent. 10.

A cominciare dal 14 novembre 1890 si praticarono 15 sedute d'elettrolisi e l'inferma uscì dall'Ospedale migliorata, cioè corrette le menorragie e scomparse le metrorragie, benchè il tumore sia di volume immodificato.

Da ciò che abbiamo riferito possiamo conchiudere che anche i risultati di questo metodo di cura tanto preconizzato da altri, non furono per noi molto promettenti e certi. Tuttavia non disconosciamo una certa utilità in qualche caso in cui oltre l'attenuazione dei sintomi si ebbe anche una lievissima diminuzione nel volume del tumore.

Non è qui il caso di discutere sul meccanesimo fisio-terapeutico che può indurre favorevoli modificazioni, ma volendo esporre senza pretese la nostra opinione in proposito, dobbiamo dire di essere inclinati a credere che le modificazioni benefiche ottenute con questa cura, si debbano attribuire esclusivamente all' ischemia provocata nel tumore dalla contrazione del tessuto muscolare uterino che circonda il tumore e del tessuto fibro-muscolare che lo costituisce.

Come si può infatti razionalmente ammettere che quelle picole escare, che si vanno formando al polo positivo immesso nell' utero, possano avere un' influenza sullo sviluppo di un tumore qualche volta enorme per volume?

Come si riuscirebbe poi a spiegare i risultati ottenuti da Danion (1) e da L. Championnière (2) colle piccole correnti, se per giustificare questi risultati si tira in campo l' azione interpolare delle forti correnti? In verità l' ipotesi che noi professiamo è più razionale e collima abbastanza coi fatti, poichè giustifica i risultati ottenuti sia colle piccole che colle grandi correnti e spiega ciò che è sancito come fatto positivo per generale consenso, cioè i maggiori effetti ottenuti nei tumori interstiziali, attorniati omogeneamente da tessuto muscolare. E dapoichè i risultati ottenuti non sono troppo confortanti, ci riserviamo di continuare que-

---

(1) Danion. *Journal d'Electro-Therapie,* mars 1888.

(2) Championnière. *Bulletin de la Société de Chirurgie,* 26 juin 1889.

sto metodo curativo, onde poter basare i nostri giudizii su una più larga casuistica e ci auguriamo che i fatti ulteriori possano servire di riconferma a ciò che asserì l'Apostoli e molti altri ginecologi dopo di lui.

Carcinomi dell'utero.

Larga casuistica fornisce il cancro uterino, diffatti in un solo triennio noi ne osservammo ben 121 casi. Ma sia perchè l'affezione si svolge spesso subdolamente o perchè in un ospedale si ricoverano persone del basso ceto sociale non use a far conto di disturbi di poco rilievo, le inferme che si presentarono alle nostre cure, si trovavano sempre in un periodo così avanzato del morbo, che non erano suscettibili di un qualsiasi intervento chirurgico. Spesso per porre freno alle continue e profuse metrorragie o agli abbondanti scoli purulenti ci limitammo a praticare come cura palliativa l'operazione dello Sims, ossia lo scucchiaiamento del tessuto neoplastico, a cui facevamo seguire l'emostasi col sotto-solfato di ferro nella proporzione di 1 in 2 e la cauterizzazione con una soluzione di cloruro di zinco al 50 0[0. Non ci riuscì giammai, in simili casi, di poter riunire le superficie cruentate con una sutura come ha fatto Martin, e non abbiamo mai usata la cauterizzazione col ferro rovente come consiglia Schröder e Koeberlé poichè ci trovammo molto soddisfatti della cauterizzazione col cloruro di zinco. Ecco come procedevamo in questo atto operativo. Dilatata la vagina con lo speculum del Sims o del Simon, previa disinfezione, mercè le pinze e le forbici uterine, esportavamo le più grosse masse di tessuto neoplastico. Quando il tessuto uterino sfuggiva alla presa della pinza, noi con un grosso cucchiaio di Simon praticavamo un accurato raschiamento di tutto il tessuto che cedeva al tagliente. Qualche volta tolto lo speculum ed immesse due dita in vagina cercavamo con manovre manuali di staccare e pulire più che era possibile la cavità formata nel viscere dall'esportazione delle masse neoplastiche. Questa manovra ci riuscì spesso di grande utilità perchè ci permetteva di farci una giusta idea della localizzazione del neoplasma e quindi di usare proficuamente gli istrumenti. Dopo di che un'abbondante irrigazione antisettica esportava

completamente i detriti e disinfettava la parte. Allora tamponavamo il cavo formato con batuffoli imbevuti in una soluzione di sotto solfato di ferro, e diligentemente premuti, e lasciavamo riposare l'inferma applicando una vescica di ghiaccio sul ventre. Dopo 5 giorni l'inferma veniva ricondotta alla sala di medicazione; irrigata diligentemente la vagina ed il cavo uterino con soluzioni antisettiche, detto cavo veniva tamponato con batuffoletti di ovatta imbevuti in una soluzione di cloruro di zinco al 50 0[0 e premuti diligentemente. In vagina venivano immessi grossi tamponi bagnati in una soluzione satura di bicarbonato di soda per neutralizzare l'azione di quel cloruro di zinco che poteva colare. Spesso sopravvenivano degli atroci dolori, per calmare i quali era necessario ricorrere agli oppiacei ed anche all'iniezione di morfina. Il tampone si lasciava in posto 24 ore, dopo di che si prescrivevano semplici iniezioni vaginali all'acido fenico al 2 0[0 2 volte al giorno. Verso l'8.° o 10.° giorno dall'atto operativo cadeva l'escara, spessa, biancastra, ritraente la forma della cavità in cui s'era formata, lasciando al di sotto di sè delle granulazioni rosee di buonissimo aspetto. Questa operazione ci ha dato dei buoni risultati, poichè avemmo il piacere di vedere donne emaciate, anemiche, sfinite dalle emorragie, ripigliare il loro colorito, ingrassare, ed abbandonare il letto per un intervallo qualche volta lunghissimo di più e più mesi. In quei casi in cui la cachessia, cui l'inferma si trovava in preda, più che dalla perdita sanguigna era dipendente dall'infezione carcinomatosa, l'operazione non diede nessun risultato, anzi agevolò il decorso morboso e precipitò la fine.

Come dissi, raramente il morbo si trovò in uno stadio da permettere una operazione radicale. Nell'89 procedemmo ad una laparotomia, sperando di poter estirpare un utero molto ingrossato perchè invaso nel suo corpo dalla neoplasia maligna, ma aperto l'addome trovammo i legamenti in preda al processo, il che ci dissuase dal procedere oltre. L'ammalata dopo un certo tempo guarita dell'operazione abbandonò l'ospedale avendo ancora il suo utero carcinomatoso. Nel 1890 praticammo l'amputazione del collo coll'ansa galvanocaustica e l'inferma uscì guarita dall'Istituto, ma a quest'ora il neoplasma s'è riprodotto nei parametrii e nel corpo uterino. Nel 90 ancora procedemmo ad una isterectomia vaginale per una piccola ulcera neoplastica del labbro uterino anteriore.

Di questo caso faremo una breve storia:

Maria Teresa Gandino, d'anni 45, vedova. Nulla d'ereditario in famiglia per quanto si può rilevare. Mestruata a 13 anni, le mestruazioni si ripeterono sempre abbondanti ogni 15 giorni. Soffrì ad intervalli di metrorragie imponentissime. A 35 anni ingravidò e partorì a termine. Nei cinque anni consecutivi al parto ricomparvero ad intervalli le metrorragie. Da due anni a questa parte trovasi nella menopausa. Sei mesi or sono cominciò ad osservare uno scolo di sostanze bianco-giallastre fetenti. Non avvertì mai dolori all'addome. La nutrizione non subì cambiamenti sensibili. È una donna di sviluppo scheletrico e muscolare discreto, apparentemeute robusta. Il sistema gangliare non è apprezzabile al tatto; visceri toracici ed addominali normali. L'esame degli organi genitali esterni è negativo. L'esame interno lascia rilevare un'ulcera neoplastica sul collo uterino. Utero mobile. Fornici vaginali integri. Ovaie e trombe normali. Si fa diagnosi di ulcera carcinomatosa del labbro uterino anteriore. Il 21 agosto si procede all'isterectemia vaginale col metodo Czerny. Nel giorno 4 ottobre l'inferma esce dall'Istituto completamente guarita. Attualmente dopo molti mesi l'affezione si è riprodotta.

In questo caso, in cui l'affezione carcinomatosa era limitatissima, noi speravamo una guarigione duratura, ma ben presto fummo delusi nelle nostre speranze. Sebbene si tratti di un caso unico noi siamo trascinati a credere giustificato il non intervento nelle affezioni carcinomatose.

Quadro delle principali operazioni ginecologiche

eseguite nei triennio 1888-89-90.

Operazioni praticate sulla vagina e sul perineo:

Colporrafia anteriore	N. 12
» posteriore	» 13
Colpo-perineorrafia	» 6
	N. 31

Operazioni praticate sul collo uterino:

Cervicectemia	N. 15
Operazione di Emmet	» 3
» di Schröder	» 2
	N. 20

Operazioni praticate sull'endometrio e sul corpo uterino:

Raschiamento dell'endometrio	N. 50
Operazione di Sims	» 14
Estirpazione di polipi mucosi	» 5
Enucleazione di fibromi sottomucosi .	» 3
Isterectomia vaginale	» 2
	N. 74

Laparotomie:

Ovariotomia	N. 7 (1)
Laparotomia esplorativa	» 1
Operazione di Lawson-Tait	» 1 (2)
	N. 9

(1) Due morte per peritonite.

(2) Morta per peritonite.

TRADUZIONI

Prof. E. FRITSCH. — **Die Uterusruptur in foro**

(Della rottura uterina nel campo medico legale).

TRADUZIONE PER IL DOTT. A. BERTAZZOLI

Deut. Med. Wochenschrift, N. 51, 1891.

Fra il modo di considerare alcuni fatti da parte del medico e da parte del giudice esiste di solito tale una differenza, che forse appieno non potrà mai comporsi; poichè dal medico risposte con categorici *sì* o *no* non possono essere quasi mai date, ed invece il giudice abbisogna di conclusioni perfettamente determinate, e dal suo punto di vista è giusto che egli le debba anche volere. A noi medici la casuistica di secoli ci insegna, che fatti, per quanto rari e talora tecnicamente appena in parte spiegabili, però indubitatamente esistono, sebbene certi *se* o *ma* ne limitino la loro reale importanza; e se poi dobbiamo tener conto delle innumerevoli possibilità, che ponno accompagnare taluni fatti, si comprende allora come in proposito si possa talora appena arrischiare una conclusione, ed anche questa come assai condizionata. Che se poi non ne possiamo negare la possibilità, allora anche una sola ma sicura osservazione si impone, e non si deve affatto dichiarare una cosa per impossibile, per quanto oltremodo rara e da noi stessi non mai veduta, poichè un fatto bene accertato vale molto più di tutte le dotte ma teoriche spiegazioni. Da questo si comprende come le nostre risposte, i nostri consigli possano giovare assai poco al giudice, che resta quindi malcontento, quando non ci è dato di rispondere del tutto negativamente o positivamente ai quesiti propostici circa un determinato fatto. Il giudice, per condannare od assolvere, vuole chiaramente, senza timore, senza limitazione, poter dedurre dal parere dei periti per la colpa o per la innocenza, non potendo che poco o nulla concludere colla sola scorta delle proprie convinzioni, che riguardo a certe contingenze possono essere assai diverse a seconda della persona giudicante. D'altra parte noi sappiamo pure che grazie al notevole progresso nello scibile medico, anche la nostra scientifica convinzione

su certi fatti può subire per lo meno in alcune parti dei non lievi cambiamenti, ed a tale proposito basterà che io accenni alla eziologia delle varie malattie. Ma non solo talora ci è impossibile di pronunciarci decisamente pel giudice, ma sgraziatamente ci capita pur troppo di non poterlo nemmeno fare per la conveniente cura. Perciò il medico-perito dovrà sempre rispondere non secondo le proprie convinzioni, ma sempre secondo le prove raccolte, per quanto per sè stesso ritenga che possa esservi colpa nell'accusato. Nei casi dubbi facciamo omaggio al principio « *in dubbiis pro reo*, » ma ricordiamoci però che ogni uomo onesto ha d'altra parte il dovere di cooperare per quanto sta in lui, perchè il delitto venga scoperto e punito. Ci riempie l'animo di profonda amarezza quando, per esempio in un caso di infanticidio, consumato in modo raffinato, noi non possiamo porgere al giudice nessuna prova della colpevolezza degli imputati, molto più quando viene maggiormente aggravato chi realmente non è il vero colpevole; ma in ogni caso non allontaniamoci mai dal nostro dovere, di rispondere sempre in base a quanto abbiamo raccolto col nostro spassionato esame.

Questa difficoltà, dei responsi indeterminati o condizionati da parte del medico perito, e del bisogno da parte del giudice di avere pareri decisi, non appare giammai tanto manifesta come nel seguente quesito « se una rottura uterina, e la morte per essa conseguente di una partoriente, stia in rapporto di causa colla condotta attiva o passiva di un medico. »

Anzitutto si dovrebbe ritenere come cosa fuori d'ogni dubbio, che una rottura completa dell'utero debba essere sempre considerata quale una lesione mortale; poichè si deve dire di essa come di una ferita alla testa con fuoriuscita della sostanza cerebrale, che, sebbene possa guarire completamente, tuttavia ogni medico giudicherà siffatta lesione della testa e del cervello come ferita mortale. Ugualmente si dovrebbe dare poco peso alla obbiezione, che la morte possa essere avvenuta non per conseguenza della rottura uterina, ma per la sepsi e la emorragia, poichè e l'una e l'altra non sono circostanze accessorie o fortuite, bensì naturale conseguenza della lesione della matrice. Perciò, sia che alla tavola anatomica si trovi contemporaneamente anemia, sia che si trovi infiammazione peritoneale di natura settica, noi dovremo considerare sempre la rottura uterina quale vera causa del decesso.

Ma poichè casi di rottura dell'utero vengono relativamente di frequente portati davanti ai tribunali, consideriamone le varie circostanze, che li possono accompagnare. Il marito della partoriente va a prendere il medico quando, a lui profano, non è evidente il pericolo, in cui può realmente trovarsi la moglie. La vede bensì in mezzo ai dolori, ma questo sa che avvenne anche nei parti antecedenti; la vede debole, la sente lamentarsi, e di tutto questo se ne dà pure facilmente la spiegazione, e spera sempre che terminandosi presto il parto, anche presto

la moglie possa rimettersi, come fece per tutte le altre volte. Quando il medico arriva, non è certo colla migliore simpatia che viene accolto dalle persone della casa. E se fa conoscere esservi necessità d'una operazione, con non poca paura e titubanza danno i parenti il loro richiesto assenso, che poi cercano di ritirare durante l'atto operativo per le manifestazioni di dolore, che esso necessariamente strappa alla paziente. Nè la narcosi ovvia a tutto questo; poichè da una parte essa è creduta non poco pericolosa dai profani, e dall'altra, col periodo di eccitazione, può causare non poca angoscia nel marito, che crede l'amata consorte oltremodo tormentata ed anche maltrattata. Talora il medico deve perfino ricorrere ad una certa qual violenza per ottenere il necessario consenso, ed anche invocare sul serio affatto strane giustificazioni. Figuriamoci poi se, in tali circostanze, all'operazione tiene dietro un esito infausto! Il bisogno di trovare una spiegazione ad ogni evento è profondamente radicato nella natura umana. Così se muore una persona, la prima domanda che sovratutte viene fatta è questa: « chi è che l'ha curata tanto male? » Dei lavori del Bandl sul collo uterino, sulla distensione esagerata del suo segmento inferiore, sulle stenosi pelviche, che cosa ne sa il profano? Egli sa solo, che sua moglie fino al momento del parto stava bene, che il medico l' ha operata, e che in seguito essa è morta.

E pur troppo si tratta per lo più di persone non solo profane, ma anche ignoranti! Se poi il marito non ha la fiducia la più completa nel suo medico, allora facilmente può credere, che la moglie gli sia morta, perchè venne operata, molto più che ha veduto come il medico usasse di una certa forza durante l'atto operativo, e in tale momento egli può avere quindi supposto che lacerazioni ne dovessero di necessità avvenire. Del resto anche la paziente avrà detto di sentire tutto questo internamente al momento dell'operazione; e facilmente perciò si comprende, come contro il medico possano fino da ora accumularsi più che mai i sospetti sulla correttezza del suo intervento. Talora insorge anche, come pur troppo non di rado avviene, una sorda lotta fra il medico e la levatrice, la quale, per allontanare da sè ogni traccia di colpa, dirige ed incoraggia i sospetti sul primo e sul suo modo di operare. Così il profano più facilmente è portato a formulare un'accusa, molto più che egli nulla può avere compreso di quanto può avere prima complicato il decorso del parto di sua moglie; e così si arriva finalmente alla denuncia, alla autopsia giudiziaria, al processo. Il vicinato ne ha un motivo di conversazione per settimane e mesi; e quand'anche alla fine il medico per mancanza di prove venga assolto da ogni imputazione, pure non poche noie, non poca fatica e non poca perdita di tempo deve affrontare ancora in seguito per potersi sostenere nella sua posizione e riparare al danno che ne venne al suo nome.

Ma v'ha ancora: di rado in siffatte questioni tutti i periti sono fra loro concordi; e perciò le cause si prolungano per mesi e mesi, sia perchè sembra al giudice

che i singoli pareri dei periti si contraddicano, sia perchè egli, per l'importanza del caso, desidera, nell'interesse di un medico che fino allora era stato sempre irreprensibile, esaurire ogni mezzo per la positiva dilucidazione del fatto stesso. Certo sarebbe un grande vantaggio se la scienza potesse sempre darci criteri affatto sufficienti per dimostrare in giudizio la colpa o la innocenza di un medico, e che noi potessimo ogni volta categoricamente rispondere al quesito propostoci, se una rottura d'utero riscontrata all'autopsia sia avvenuta in modo spontaneo o no. Ma quanto diversamente stanno invece le cose nella pratica!

Per rispondere a tale quesito noi dobbiamo basarci sulla storia del come decorse il parto, e sul reperto cadaverico; e cominciamo dal considerare prima il decorso clinico. Quasi mai il medesimo è stato fino dal suo principio bene considerato; e talora tutto al più uno degli immediati osservatori può considerarsi come realmente imparziale, non potendo naturalmente tener conto dei denuncianti, che, bramosi di raggiungere il loro scopo, la punizione cioè del presunto colpevole, non possono di certo essere ritenuti come scevri di parzialità. Così pure il medico in questione non può essere a sua volta imparziale, tanto che involontariamente, se pure anche non deliberatamente, descriverà il decorso del parto in modo che egli vi risulti perfettamente a posto, ben sapendo come le speciali circostanze del parto non si possano in generale più tardi controllare, e nemmeno i sintomi accompagnanti la rottura uterina possano essere qualche volta del tutto chiari. Ed anzitutto sappiamo già come si riesca di rado a riconoscere la minaccia della rottura, ed a predire quindi lo sgraziato accidente, potendo la medesima prodursi ora improvvisamente ed ora lentamente, ora subito dopo l'inizio del parto ed ora in conseguenza d'un travaglio dei più lunghi. Sappiamo pure come assai di frequente possa mancare l'uno o l'altro dei classici fenomeni della rottura; e sappiamo ancora come in qualche caso tutti gli altri sintomi possano essere così poco pronunciati da metterci nell'impossibilità di risalire al vero e reale momento causale. Come uno di tali sintomi si invoca di solito la repentina cessazione delle contrazioni, una volta avvenuto l'accidente; ma il fatto che una rottura spontanea dell'utero comincia con una piccola distrazione dei tessuti per allargarsi poi più tardi, deve subito far comprendere che, non tosto al primo formarsi di una rottura, debba tenere dietro di necessità la istantanea e completa sospensione dell'attività muscolare uterina.

Ed infatti anche gli autori di cose ostetriche concordano tutti in ciò, che non di rado le contrazioni possono continuare anche dopo avvenuta la rottura. Quale altro sintomo abbiamo i dolori addominali, che avrebbero dovuto persistere anche quando non fossero state obbiettivamente dimostrate le contrazioni; ma come si fa da osservatori profani, per quanto diretti, a pretendere che diano in proposito attendibile risposta? E riguardo al colasso come potrà il medico-perito farsene un

esatto concetto da quanto ode dalle testimonianze? Io so abbastanza, per mia propria esperienza, che ci è spesso affatto impossibile di poter arrivare ad una precisa conclusione sullo stato delle forze della paziente prima che venisse sottoposta all'operazione. E più ancora dicasi riguardo all'emorragia, che essenzialmente dipende da ciò, che la lacerazione si estende profondamente nel corrispondente parametrio. Il momento primo di ogni rottura uterina è dato da una forte distensione del segmento inferiore dell'utero, e quindi lo spessore del medesimo al momento dell'accidente non può essere in ogni caso che straordinariamente ridotto. Dapprima la lesione è di una estensione assai limitata, non più di 2-3 mill., ma poi, quando gli scarsi fasci muscolari sono stati disgiunti, si estende sollecitamente verso il parametrio, e ciò che allora può sopraggiungere, anche relativamente alla emorragia, dipende molto dalle circostanze locali. Così le diramazioni vaginali dell'arteria uterina si staccano ora più in alto ed ora più in basso; talora esiste una sola diramazione, tal' altra ne esistono due od anche tre per lato. Se i tessuti del parametrio sollecitamente cedono, allora la lacerazione può farsi profonda, ed essere anche interessati i rami arteriosi che vi scorrono, senza che proprio divenga lesa l'arteria uterina. Allora l'emorragia è piuttosto parenchimatosa, e può avvenire che spontaneamente cessi per l'indebolirsi della forza cardiaca, quale conseguenza dell'anemia acuta; invece nelle emorragie per lesione di una grossa arteria la perdita sanguigna continua in onta ad ogni cura, fino a che sangue resta nel corpo, fino a che quindi dura la vita. Talora nelle estese lacerazioni può essere l'emorragia arrestata dall'immettersi della parte fetale presentata nella lacerazione, a modo quasi di tampone; talora, essendo la rottura perforante o completa, l'emorragia si fa solo verso l'alto nella cavità del peritoneo; talora infine il sangue si espande al disotto della sierosa formando un ematoma che può spingersi non poco verso il basso. Si aggiunga poi che talvolta può aversi emorragia anche nei parti a decorso affatto normale. Da tutte queste considerazioni si comprende come, per quanto possa essere importante il fatto dell'emorragia per un pratico e diretto osservatore, altrettanto non potrà il perito più tardi dedurre sulla stessa sicure conclusioni dalle notizie che troverà negli atti o dalle addotte testimonianze.

E nemmeno dalla circostanza della parte presentata ridivenuta mobile, mentre prima era già fissa, potremo avere maggiore luce. Se il medico non avea prima esplorata la donna, come di solito avviene, e quando è chiamato riconosce che la presentazione è affatto mobile, come può egli dire ciò che forse può esservi stato avanti la sua chiamata? In questo caso solo la levatrice, molto di frequente mal sicura, può dare qualche ragguaglio; e ad ogni modo, anche nella più favorevole delle ipotesi, non possiamo giudicare che sulle deposizioni del medico e della levatrice. E se poi essi si contraddicono, a quale dovremo noi credere?

Infine, se noi ci facciamo a sfogliare gli atti sulla storia di quel parto, e confrontiamo le deposizioni fatte al primo interrogatorio od in quelli successivi colle deposizioni fatte al processo finale, non di rado vediamo che le une distruggono le altre, o sono per lo meno le une dalle altre così diverse, che ci è affatto impossibile di poter trarre qualche sicura conclusione. Ora è una circostanza che viene taciuta, ora è un'altra che viene diversamente designata ed interpretata, per cui il quadro che ne risulta diversifica dal primo, o ne resta a contorni così indefiniti da ingenerare non poca incertezza nell'animo del perito.

E se dalla descrizione del decorso del parto non possiamo trarre che delle semplici congetture, ricerchiamo ora se dall'esame e dai rapporti anatomici ne possiamo ricavare più sicuri criteri pel nostro giudizio. Il giudice è assai propenso a dare un grande peso a tutto quanto sarà per risultare dalla necroscopia, poichè egli è abituato a vedere di solito svelata mediante l'autopsia la causa della morte, e sa che così riesce più facile la scoperta del colpevole. Ma pur troppo nel nostro caso vengono spesso a mancarci anche da questo lato i necessari criteri per un sicuro giudizio! Se la lacerazione uterina sia stata spontanea o violenta non si può decidere coll'autopsia, così come non si potrebbe dire se il coltello, che produsse una ferita, avesse un manico di legno piuttosto che di metallo. Se consideriamo quali fattori stabiliscano la forma della lacerazione, dobbiamo anzitutto tener presente, come i momenti meccanici, che possono fornire la rottura spontanea dell'utero, siano gli stessi di quelli, che ne forniscono la rottura violenta, poichè in ambedue i casi si tratta sempre di una distensione così notevole del segmento uterino inferiore, che alla fine la sua capacità ad ulteriormente ampliarsi ne resta esaurita, e comincia a lacerarsi. Quando l'ultimo limite della distensibilità è raggiunto, è di uguale importanza che nel luogo così stirato vi venga compresso dall'alto una parte fetale o dal basso il braccio dell'ostetrico, poichè sì nell'una che nell'altra ipotesi il meccanismo della rottura è il medesimo, la capacità di distensione viene sempre sorpassata. Per conseguenza deve ritenersi come puramente teorico il concetto, che la forma di una lacerazione uterina debba essere diversa essendone anche diversa la eziologia; tanto nei casi di rottura spontanea come in quelli di rottura violenta dell'utero, noi troveremo gli stessi fatti.

La forma primitiva della lacerazione non rimane poi mai conservata, nemmeno allora che, per essere stata la rottura diagnosticata subito dopo la sua produzione, venga il parto nel modo il più sollecito terminato mediante p. es. craniotomia ed estrazione del feto.

Sonvi due momenti che per la forma primitiva della lacerazione hanno grande peso; il primo riguarda la disgiunzione dei fasci muscolari uterini, cosicchè lateralmente alla bocca uterina se ne stabilisce quasi un'altra, un nuovo punto cioè di minore resistenza: ed il secondo considera l'immettersi della parte fetale la

più vicina e più sporgente in tale pseudo-bocca uterina, o, per dirla ostetricamente, considera il fatto della necessità da parte del contenuto uterino sottoposto internamente ad un' alta pressione di portarsi verso quel punto dove la resistenza è ridotta al minimo. Così la parte del feto che più è sporgente, come sarebbbe l'estremo cefalico nelle presentazioni trasverse, viene internata nel punto di rottura; ed è in questo modo anzi che l'intero feto può essere spinto attraverso alla lacerazione uterina nella cavità dell'addome, ed è per questo che dopo tale passaggio può anche la falsa bocca uterina rinchiudersi così come fa quella vera.

Nei casi che vengono alla conoscenza del medico legale, ciò capita sommamente di rado, ed allora per lo più in altra connessione circa il completo passaggio del feto nella cavità addominale, poichè di solito fu il rivolgimento sul feto ancora contenuto nella cavità dell'utero che terminò appunto quel parto. Ma consideriamo ora il caso, che una prima lacerazione sia avvenuta per la soverchia distensione uterina con susseguente penetrazione del feto nel punto della rottura; ed allora facilmente vi si potrà aggiungere una intiera quantità di momenti, che eserciteranno secondariamente una influenza sulla forma ed estensione della lacerazione, così come li potremo avere durante un atto operativo, e sovratutto nel rivolgimento, sia il feto in presentazione cefalica o trasversa. In questo caso e per la introduzione della mano nella cavità dell'utero onde arrivare al feto, e pei movimenti stessi della mano introdotta in uno spazio assai ristretto per la presa dei piedi e per la evoluzione ed estrazione del feto, abbiamo tale somma di momenti pei quali la forma primitiva della lacerazione ne deve risultare assai modificata, come aumentata ne deve risultare la sua estensione.

Indipendentemente però da tutte queste influenze che ponno accompagnare il parto naturale od artificiale, il puerperio ha pure per suo conto non poca importanza sulle modificazioni di forma della rottura uterina, così come viene riscontrata alla tavola anatomica; alla quale può constatarsi anche come senza dubbio alcuno l'utero svuotato dal suo contenuto e lacerato si contragga, contrariamente allo insegnamento, che vuole, che, dopo la rottura dell'utero, si sospendano tosto le contrazioni. L'utero lacerato si involge adunque in puerperio così come si involge l'utero inciso per taglio cesareo; e con ciò ruina per una seconda volta il vecchio segno di distinzione fra la rottura violenta e quella spontanea dell'utero. Si è pure ripetutamente affermato, che uno speciale spessore della parete uterina deve deporre contro la spontanea formazione di una rottura uterina, che si volle invece ammettere, qualora si riscontri assai assottigliata la matrice là dove venne lacerata. Ma anche tutto questo non è esatto; poichè l'essere il segmento inferiore dell'utero sottile o spesso al momento dell'autopsia è legato alla attività delle contrazioni durante il parto, ai dolori consecutivi, alla durata del puerperio prima del decesso. Anche nell'operazione Porro si trova talora il segmento uterino infe-

riore così assottigliato, che dopo la ablazione dell'utero il peduncolo residuante può essere ridotto alla grossezza di un dito; mentre in altri casi alla superficie di sezione del moncone, la parete uterina è dello spessore di 2-3 cent. circa, e dopo la rimozione dell'utero rimane un peduncolo della grossezza di un pugno. Ebbene nel primo caso sono state le contrazioni del parto, che, durando da lungo tempo, portarono tale distendimento del segmento uterino inferiore, e si intervenne abbastanza tardi coll'atto operativo; nel secondo caso l'operazione venne intrapresa prima o subito dopo l'inizio del travaglio.

Così dicasi dello stato del segmento inferiore dell'utero quando capiti di esaminarlo nel corso del puerperio. Se all'autopsia si trova un segmento inferiore assai sottile, vuol dire che il decesso avvenne quasi subito dopo il parto; se invece la puerpera venne a morte dopo alcuni giorni dal parto, e soccombette per sepsi, allora vi avrà avuto la sua influenza anche il fatto della involuzione, e l'utero sarà ritornato all'inbasso più grosso e meno espanso.

Per conseguenza anche la densità e la sottigliezza dell'utero al posto della lacerazione non può essere di alcun sicuro criterio per la diagnosi di formazione spontanea e violenta della rottura. Anche l'ampiezza assoluta della lacerazione non significa proprio nulla sul modo di sua produzione. Ognuno, che abbia eseguito un numero discreto di volte il taglio cesareo, si ricorderà come l'incisione uterina al momento dell'estrazione del feto leggermente si amplifichi, e come in alcuni casi la lacerazione rappresenti appunto la continuazione della linea di incisione, ed in altri la lacerazione si faccia in modo, che col suo decorso formi un angolo colla ferita di incisione, fino a risultarne talora un vero angolo retto fra la incisione uterina e la lacerazione. Quanto avviene nei casi di taglio cesareo, si comprende come possa anche avvenire nei casi di uscita spontanea del feto attraverso una rottura uterina, e più ancora quando vi intervenga il medico. Inoltre la casuistica ci insegna, che estese lacerazioni della matrice ponno affatto spontaneamente prodursi ed estendersi in alto fino al fondo dell'utero, ed in basso fino alla vagina; ed io stesso ebbi ad osservare una rottura spontanea dell'utero della lunghezza di 21 cent. È vero che di solito alla necroscopia le lacerazioni uterine si presentano per lo più piccole, ma di tale fatto può aversi una doppia spiegazione, e cioè o la lacerazione venne dalla sindrome fenomenologica diagnosticata subito dopo essere avvenuta, ed il parto quindi sarà stato con ogni cautela in modo sollecito terminato, prima che il feto avesse avuto tempo di immettersi profondamente nello squarcio; o la consecutiva involuzione uterina avrà impiccolito coll'intiero utero anche di necessità l'estensione della lacerazione. Ma anche il modo di considerare all'autopsia una rottura dell'utero può portare a diversi apprezzamenti sulla estensione della medesima. Così se si collocano i genitali esportati sopra un tavolo e li si dispongono, il meglio che sia possibile, nella loro si-

tuazione, allora la lacerazione risulta più piccola; invece se dopo esportato in toto l'utero e la vagina colla vescica e col retto, si dispiegano per vedere meglio ogni punto della rottura, allora questa appare più estesa. Ne derivano perciò anche artificialmente delle differenze a dirittura enormi.

Finalmente si è anche cercato dalla sede della lacerazione, se in avanti, in dietro, in alto od in basso, di determinarne il modo di sua formazione. Così se si trattasse di lacerazione vagino-uterina avente sua sede all'indietro, la si vorrebbe dichiarare senz'altro per violenta, sebbene la numerosa casuistica abbia dimostrato ciò non potersi assolutamente fare. Tutt'al più si potrà ritenere per violenta una perforazione affatto isolata del fondo uterino, quando per altro ciò possa stare anche in base a non dubbie informazioni; come appunto viene riferito di un caso, in cui il medico, per staccare la placenta ancora aderente, perforò il fondo uterino.

Ma queste lesioni sono oltremodo assai rare, ed anche quando si riscontrassero si potrebbe sempre porre la questione se possa esservi stata predisposizione o no. A proposito della quale ora la si vuole di bel nuovo negare affatto, mentre prima era stata riconosciuta quale causa predisponente, appunto perchè colla esatta scienza dei nostri giorni male si accordano concetti vaghi, indeterminati, che troppo si prestano alle più disparate deduzioni. Ma anche lasciando in disparte se debbasi o no ammettere una tale predisposizione alla rottura uterina in alcuni casi, nessuno vorrà poi negare come lacerazioni della matrice possano più facilmente farsi sia quando le pareti uterine sono generalmente piccole e sottili sia quando esse sono sottili solo in alcuni punti. Basterà che io accenni in proposito agli interessanti lavori di Virchow sulla complicazione della ristrettezza delle arterie, della piccolezza del cuore, e di un difettoso sviluppo di tutto l'apparato genitale muliebre. Di solito questi uteri non divengono gravidi; ma poichè in tali casi avvengono la ovulazione e la mestruazione, perchè non potrebbe sopravvenire anche la gestazione? Freund di Strasburgo, come Virchow, ha descritto fatti consimili, ed io pure ho trovato in un caso di utero affatto rudimentale un ovaio con segni di ovulazione. Uteri gravidi a pareti sottilissime sono stati più volte descritti, e basterà che io quivi ricordi il caso di Mangold. Inoltre è a tale proposito non privo di importanza l'accennare alla possibilità di una pregressa perimetrite, che avrà di certo resa minore la distensibilità del peritoneo uterino e dello strato muscolare immediatamente sottogiacente. Anche le cicatrici estendentisi al parametrio ponno avere, come indica la casuistica, non poco valore; poichè per la loro compattezza rendono quella parte di tessuto, ove risiedono, pochissimo cedevole e distensibile, oppure per l'atrofia che esse apportano nei tessuti in generale dove stanno, renderli più facilmente lacerabili. Io pure vidi alcune volte durante il taglio cesareo, che al fondo dell'utero la parete era notevolmente assottigliata, cosicchè una estensione della incisione poteva quivi facilmente ed in grado rilevante compiersi, senza l'im-

piego di una grande forza nella estrazione del feto. Talora anche si trovano sulle pareti uterine ed in punti circoscritti porzioni di tessuto più molli e più cedevoli, cosicchè per esempio in un taglio cesareo durante la sutura dell'utero, e sempre impiegando l'uguale forza, in un sito un punto taglia il tessuto, e in un altro sito vicino no.

Tutti questi fatti adunque ci costringono ad ammettere in conclusione come un utero si laceri più facilmente di un altro, e come quindi quello che è più facilmente lacerabile debba anche essere naturalmente più dell'altro predisposto alla rottura. Si potrebbe di certo esprimere il desiderio di dimostrare questa anatomica predisposizione; ma sarà esso sempre possibile, o non sarà invece possibile di dimostrare il contrario?

Per finire accennerò ancora, come si sia creduto, che contemporanee lesioni per esempio della vescica e dell'intestino retto e del legamento largo depongano piuttosto per la rottura violenta dell'utero; ma anche su di ciò nulla si può dire di sicuro, poichè consimili lesioni vennero riscontrate senza dubbio alcuno anche nelle rotture spontanee della matrice.

Dopo tutte queste considerazioni non si dovrebbe più quindi, massime nei casi terminati mediante atto operativo, porre la questione se una data rottura dell'utero fu spontanea o violenta. Pel fatto che la mano dell'operatore ha una innegabile parte nella forma e nella estensione della lacerazione, ogni rottura uterina dovrebbe essere considerata come violenta; ma pel fatto, che la causa prima o predisponente della lacerazione può essere legata a circostanze speciali, indipendenti affatto dall'operatore medesimo, ogni lesione dovrebbe essere considerata come spontanea, poichè come abbiamo visto, una lacerazione dell'utero può avere cominciata a farsi anche spontaneamente, ed il travaglio di parto può avere così preparate le condizioni, da rendere più che possibile la rottura al primo tentativo di rivolgimento. Così a ragione si disse, che di tali accidenti non è il medico il più colpevole, quello, che nell'intento di salvare la vita ad una donna, ha la disgrazia di rompere l'utero. Molto più colpevole sarebbe quell'altro, che, temporeggiando colla scusa di attendere il momento opportuno per il rivolgimento lasciasse passare anche troppo tempo; poichè se per la soverchia attesa sopravvenisse una rottura spontanea dell'utero, la colpa dell'accidente e delle sue conseguenze di certo ricadrebbe sovra di lui, che per vera e propria negligenza assistette senza far nulla di quanto poteva essere impiegato per prevenirlo.

In siffatti casi è adunque il compito del medico-perito tutt'altro che facile. Sarebbe pur comodo di rispondere che da parte sua non può affatto pronunciarsi sul nesso causale fra l'intervento medico e l'effetto che ne risultò; ma oltre che così la causa non ne avvantaggierebbe, si dovrebbe poi abbandonare del tutto il giudizio a coloro, che in ogni modo assai meno se ne intendono. D'altra parte noi

periti dobbiamo mantenerci sempre e pienamente imparziali, molto più che in fatti clamorosi di falli volontari, aventi gravi conseguenze per gli altri, è giusto che se havvi colpa, vi tenga dietro la dovuta pena.

A questo punto dovrebbe pertanto, secondo il mio avviso, avere il primo posto l'importante quesito, se fosse indicato l'intervento del medico; e poi quest'altro, se, nel caso in questione, anche senza l'intervento del medico, avrebbe potuto farsi una rottura uterina. Se l'intervento del medico non era indicato, allora si potrà in generale dimostrare da un lato l'assenza dei motivi per un atto operativo, come il bacino ampio, la buona presentazione del feto, la storia dei parti antecedenti a decorso normale e dall'altro che il medico, solo per liberarsi presto, ha forzatamente eseguito un rivolgimento; e perciò egli deve essere chiamato responsabile di tutte le lesioni, che avrà determinate con una operazione non richiesta dalla imperiosità delle circostanze. Allora non viene punito il fallo volontario per sè, ma la negligenza colla quale vennero trascurate tutte le regole della pratica ostetrica, e per la quale si ebbe poi la morte di una donna.

All'incontro, se eravi indicazione all'intervento, il medico non solo era autorizzato, ma anche obbligato all'operazione, e perciò dell'esito infausto, che vi tenne dietro, non si deve incolparlo del tutto, ma anche farne la dovuta parte alle circostanze che richiesero l'atto operativo, molto più quando vi sarà stato tale un complesso di indicazioni, per le quali, nell'animo dei periti, ne sarà risultata piena convinzione della necessità dell'operazione.

Il secondo quesito, se cioè nel caso in questione una rottura d'utero avesse potuto farsi anche spontaneamente, permette parimenti di dare per lo più soddisfaciente risposta. Così p. es. se si trattava di un bacino ben fatto e di una buona presentazione; se non si trova negli atti nessuna descrizione che accenni ad un decorso in qualsiasi modo anormale del parto, ma che inoltre la donna ha sempre partorito regolarmente; e più ancora se l'autopsia non dimostra complicazioni di sorta, allora si deve anche affermare, che in tale caso una rottura d'utero non era sicuramente da aspettarsela, ed il medico avendo operato senza che proprio vi fosse motivo impellente dimostrabile, è responsabile delle conseguenze che il suo non richiesto intervento può avere determinato.

Se invece il medico avrà operato per stenosi pelvica, per presentazione trasversa con addossamento uterino, per mala conformazione del canale vagino-uterino, o per complicazione di un tumore, onde terminare un parto, che spontaneamente non si sarebbe finito, allora non si dovrà in generale chiamarlo responsabile degli accidenti, che avranno potuto conseguitare all'atto operativo, ma attribuire l'esito infausto alle circostanze che richiesero l'intervento dell'arte. Non si può in via generale far rimprovero ad un medico nè dal lato scientifico, nè da quello morale, pel successo sfortunato d'una operazione resa dalle circostanze necessaria; e

pur troppo avvenne anzi, che, qualche medico un po' timido, si lasciasse più guidare dal timore per le possibili conseguenze dal lato giudiziario, che dalla sua scienza e coscienza, per quanto vi sia in ogni caso obbligo imprescindibile di non tralasciare alcun tentativo per la salvezza di una persona affidata alle nostre cure.

Riassumendoci quindi diremo, che nei casi di rottura uterina non si dovrà fare la domanda se dessa sia stata spontanea o violenta, ma piuttosto se l'intervento del medico fosse giustamente indicato; e qualora questo risulti dimostrato, allora non dovrà essere chiamato a difendersi dell'esito sgraziato dell'operazione il medico, che necessariamente l'avrà dovuta eseguire.

RASSEGNA

LEOPOLD LANDAU. — **Ueber Tubensäcke** *(Sulle raccolte tubariche)*. — *Archiv. fur Gynaekologie*, Bd. 40, Heft 1. Berlin, 1891.

In niuna parte della moderna ginecologia, i progressi della quale sono così importanti, appare tanto manifesta l'importanza di bene stabilire l'eziologia e la patogenesi della malattia per assorgere ad una vera profilassi, quanto nelle diverse affezioni della tuba, le quali sotto il nome di « raccolte tubariche » « tubal case » vengono da una serie di autori considerati come un'unica malattia od, in ogni caso, come una malattia da curarsi in un unico modo.

Se si confrontano le conoscenze attuali sulle malattie delle tube con quelle di 15 o 20 anni or sono, si deve riconoscere che si sono allargate in guisa inaspettata, e di ciò noi dobbiamo ringraziare i progressi della tecnica operativa e le numerose laparotomie divenute ora pressochè senza pericolo. Prescindendo dai lavori di Hegar, Lawson-Tait, Gusserow, Freund, A. Martin, Saenger ed altri, è intenzione dell'A. di esporre qui solo quanto è dovuto ad osservazioni suo proprie. L'osservazione clinica di gran numero di malattie delle tube, le frequenti laparotomie, lo studio dei preparati anatomo-patologici da queste ottenuti e l'esatto raffronto di questi col decorso clinico di analoghe ammalate servirono al suo studio.

Patogenesi, eziologia, reperto anatomo-patologico.

All'esame di una serie di sacchi tubarici esportati, già una osservazione superficiale svela notevoli differenze talora per parte della mucosa, talora della muscolare, talora del rivestimento peritoneale, ed altre volte di tutti i tre strati con-

temporaneamente. In ugual modo diversissimo può essere il contenuto e perciò vediamo senz'altro come non sia giusto in pratica il considerare le raccolte tubariche come un'unica malattia da trattare in un unico modo; è perciò che, in mancanza di meglio, da lungo tempo si sono differenziate le raccolte tubariche in idro, emato e pio-salpingi, differenziazione che di fronte al nome generico di « raccolta tubarica » ha già il proprio valore per quanto nel riguardo scientifico ed eziologico non significhi nulla.

Il suo valore ne è limitato:

I. Perchè nulla diciamo, all'infuori della qualità del contenuto su ciò che ne riguarda l'origine: questo contenuto può derivare da molteplici cause.

II. Il giudizio sulla qualità del contenuto è sottoposto a gravi errori: un liquido contenente molte cellule marciose può ad esempio apparire sieroso, e fra contenuti sierosi, sanguigni e marciosi non vi è alcun limite preciso.

III. Con questa distinzione si ingenera l'idea che le tre formazioni accennate siano sempre etiologicamente diverse.

IV. Si danno raccolte tubariche in cui il contenuto è in frammenti caseosi o calcari.

E ciò non basta, perchè le cause di così diversi contenuti, il meccanismo pel quale si raccolsero, i mutamenti delle pareti tubariche e le loro conseguenze anatomo-patologiche dovrebbero venire alla loro volta attentamente indagati.

Cause della raccolta liquida.

A. Cisti da ritenzione.

Anatomicamente la tuba è parte integrante dell'utero che deriva dai dotti di Müller; funzionalmente ciò non è, servendo essa da via al seme, onde il nome di *canalicus seminis:* assai più stretti sono i di lei rapporti funzionali coll'ovario, essendo la tuba, per quanto manchino i rapporti anatomici, il dotto escretore dell'ovaio come è omai provato dalle ricerche di Bischoff e d'altri, per quanto non si formi, secondo le idee di Planck, una adesione dell'ovaio alla tuba, adesione che scompare dopo il passaggio dell'ovulo.

Possono adunque nelle tube, come in canali analoghi, formarsi cisti da ritenzione purchè due circostanze concorrano, la chiusura e la secrezione. Gli esempi della cistifelea, dei reni, delle glandole salivari, ecc., non sono però atti a darci norme, perchè l'ovaio è bensì un organo secernente, ma a lunghi intervalli e lassi sono i rapporti fra la tuba e l'ovaio, onde, ad apertura utero-tubarica chiusa, non si potrebbe concepire la formazione di una cisti mentre è pervia la terminazione addominale della tuba: diversa è la cosa se la tuba è concresciuta coll'ovaio. Perciò la causa di cisti da ritenzione stà nell'impossibilitato versamento nella

cavità addominale del liquido secreto dai follicoli e nel suo necessario versamento nella tuba. La quantità del liquido è aumentata dal contemporaneo concrescere di piccole o grosse cisti dei follicoli di Graaf che alla fine scoppiano, e per tal modo si viene o alla formazione di pure cisti da ritenzione nella tuba od a quella formazione che in causa dell'intimo nesso anatomico fra i due organi designiamo col nome di cisti tubo-ovarica. Solo eccezionalmente si verifica la chiusura dell'estremo uterino della tuba: se primamente l'ampolla è distesa da liquido, la tuba, già normalmente ricurva, si piega, e la chiusura avviene così per via meccanica: ciò si può verificare nel cadavere, perchè, quando si inietti la tuba dalla parte addominale, basta una forte pressione ovvero la artificiale distensione della tromba stessa, a far passare il liquido nell'utero.

Per la formazione talvolta rapida delle cisti tubariche non basta la esigua quantità dei liquidi ovarici: devono esistere altre fonti che possiamo ricercare nell'ovidotto.

Secondo le recenti di Hennig, Bland-Sutton, la mucosa tubarica contiene glandole che devono fornire una sostanza albuminosa comparabile al bianco delle uova di gallina, destinata a nutrire l'uovo nei primi giorni del concepimento: manca di ciò la prova, ritenendo taluni con Henle che sia provato come le pieghe e i villi della mucosa abbian tratto in errore riguardo alla presenza di glandole. Tuttavia la tuba, come ogni organo fornito di mucosa, secerne normalmente una certa quantità di liquido mucoso (cellule a calice), e già per lieve irritazione, anche sieroso, onde le cisti da ritenzione senza malattia della mucosa in atto, e senza mescolanze di liquido ovarico quando per qualunque causa l'estremità uterina e l'ovarica delle tube sia chiusa. Questo si può provare anche sugli animali come fecero il Kehrer e l'A., per quanto i conigli, animali più comunemente adoperati, non siano adatti a tali esperimenti in causa della sottigliezza della tuba che viene troppo fortemente modificata dalle alterazioni del circolo.

Anche le osservazioni cliniche erano del resto probative, perchè l'A. osservando tube chiuse per tumori od altro senza che la malattia causale risiedesse nella mucosa, notò alterazioni degli epitelii di questa, alterazioni evidentemente secondarie alla pressione data della raccolta; rimase però dubbioso se in questi casi si dovesse attribuire la raccolta a semplice e normale secrezione della tuba o se, nei casi di tumori ovarici od uterini non si avesse avuto a fare anche con alterazioni del circolo e quindi con trasudati.

Fortemente probativi per la attività propria della mucosa tubarica sono i casi di gravidanza tubarica nei quali, mancando l'ovulazione, la menstruazione e la compressione diretta dell'ovidotto per tumori, si può escludere ogni altra causa di accumulo di liquido che non sia la secrezione degli epitelii della mucosa; quanto forte sia tale secrezione noi non possiamo valutare perchè, anche se abbondante, scorrerebbe nell'utero durante la evoluzione.

Assai poco del pari noi siamo edotti intorno al modo di comportarsi della normale mucosa tubarica durante la menstruazione; si può ad ogni modo ritenere che questa induca un aumento della secrezione senza però che esso però porti di necessità a fuoruscita di sangue. Oltre al trasudamento della mucosa per stasi venosa o congestiva menstruale, l'A. vuole riguardare come momento importante per la formazione di raccolte tubariche la gravidanza tubarica. Gli intimi rapporti che passano secondo lui tra la gravidanza tubarica e l'insorgenza delle malattie distinte coi nomi di idro, pio ed emato-salpinge, sono per ora senza dubbio poco noti. La frequenza della gravidanza tubarica ed i di lei esiti sono ora per vero dire notevolmente studiati; solo intorno ad uno di questi si è poco lavorato, cioè sulla sorte della tuba gravida ed integra quando l'uovo vi muoia in un periodo molto recente; questo aborto tubarico è di gran lunga più facile che tutti gli altri esiti e rimane sconosciuto mancandone i segni patognomonici. Muore l'uovo in tempo molto precoce, può avvenire un completo riassorbimento delle cellule ovariche, dello scarso plasma e del sangue. L'unico sintomo che possa dare qualche sospetto è il lieve ritardo menstruale e forse qualche segno subbiettivo di gravidanza. Se tarda il riassorbimento, succede una chiusura meccanica (per formazione di decidua) della estremità addominale della tuba, poi, col ritorno della mestruazione, distacco della decidua, accumulo sanguigno e così le vere circostanze necessarie per una cisti da ritenzione; e qui si possono avere i varii casi; riassorbimento, stato sieroso del liquido (per aggiunta di catarro) o trasformazione purulenta per la facile infezione dalla via uterina o dalla addominale. In tal modo possono idro e pio-salpinge avere origine da una gravidanza tubarica.

La prova anatomica di ciò, è difficile; difficile del pari è il trovare villi coriali in ematosalpingi originate da aborti tubarici, solo abbiamo la prova clinica risultante specialmente dal mutamento di contenuto delle tube, mutamento riscontrato colla puntura esploratoria. Ad ogni modo se è certo che alterazioni primarie della tuba possono causare gravidanze ectopiche, non è dubbio per l'A. in seguito a ricerche da lui fatte che la gravidanza tubarica ingeneri secondariamente malattie della tuba, salpingite e raccolte tubariche d'ogni genere.

B. Catarro ed infiammazione della tuba.

Parlando delle forme morbose nelle quali la tuba viene a concorrere attivamente alla chiusura del proprio lume, e quindi alla formazione di una raccolta, cioè delle salpingiti, l'A. dice che la infiammazione delle tube viene eccitata da parecchie cause, onde salpingite può aversi da streptococchi, stafilococchi, gonococchi, bacilli tubercolari ed in rari casi da actinomiceti; solo raramente però, in causa delle alterazioni e delle mescolanze consecutive è dato conoscere la causa prima della malattia.

Assai meglio che intorno alla causa della irritazione noi siamo istrutti intorno alle vie di diffusione del processo, ed è certo che la salpingite esercita forse la parte più importante nella formazione delle raccolte tubariche. La via più frequente di diffusione è per continuità dalla mucosa vaginale ed uterina alla tuba, e quindi si ha iperemia, essudazione, catarro (infiammazione) e formazione di marcia nella mucosa, *endosalpingite catarrale, purulenta (acuta e cronica).* Se la forma è progredita può aversi endosalpingite necrotica o difterica cogli esiti di guarigione per cordoni cicatriziali, strettura ed atresia. A processo più grave può essere invasa la muscolatura, *salpingite acuta e cronica* con esito in ascessi che aprendosi talvolta nel peritoneo, ma più spesso verso il lume della tuba, danno luogo alla *salpingite ascessuale o dissecante* che dà frequentemente l'atresia interna della tuba. L'A. riscontrò spesso endosalpingite senza salpingite, ma non mai salpingite senza endosalpingite.

E così procedendo può aversi la perisalpingite, e poi la perimetrite, la perioofo-rite e, come conseguenza *l'atresia interna.* Tipo della via di infezione ora descritta è la gonorrea la quale, anche nel membro virile, si estende per continuità.

Una seconda strada di infezione è per *contiguità*, come avviene di solito nella febbre puerperale; i germi invadono i tessuti connettivi, le vie linfatiche, affettano prima della sostanza propria degli organi il loro rivestimento peritoneale, cagionando peritoniti pelviche e peritoniti universali; di queste forme non si tiene più parola. Abitualmente in queste forme è reso partecipe anche l'ovaio, perioofórite, ooforite e quindi ascesso ovarico.

Causa della infezione è sopratutto il coito con un individuo sofferente di blennorragia acuta o cronica, ma tuttavia bisogna considerare come la più grave ed importante causa di salpingite le *manipolazioni sul collo, l'amputazione, l'uncinazione e gli interventi endouterini quali causticazioni, bruciature, raschiamenti, iniezioni.* Tali forme di infezione, certamente evitabili, vanno ora man mano diminuendo, ma anche con ogni precauzione se ne sono osservate, e di ciò si possono avere due possibili cause.

1.° La presenza di germi nella tuba, germi che, in causa dell'intervento endouterino e della contemporanea conseguente atresia dell'orificio tubarico, trovano nei secreti ristagnanti e nelle condizioni di alterato circolo circostanze convenienti al loro sviluppo e così si forma la salpingite.

2.° O nel momento dell'intervento operativo i germi vengono portati o seminati all'orificio uterino della tuba e vengono coperti poi dall'escara.

Non solo durante, ma anche dopo interventi completamente antisettici possono insorgere infiammazioni della tuba; già i vecchi residui deciduali, le endometriti dispongono a ciò, ma ancor più il cauterizzare, il raschiare ecc., inducendo una necrotizzazione superficiale della mucosa; d'altra parte una tromba affatto sana può

infettarsi assorbendo in determinate circostanze in modo attivo il contenuto uterino, fatto importante così nell' eziologia delle salpingiti come delle raccolte tubariche.

Infatti la tromba, libera alla sua estremità addominale può, per contrazioni de' suoi muscoli assorbire liquidi in ugual modo che il collo uterino durante il coito e in modo tipico fa la sanguisuga: il movimento fisiologico che spinge l'uovo fecondato verso l'utero, può cambiarsi in moto antiperistaltico; per opera dei muscoli lunghi l'ostio uterino si apre, di modo che può assorbire liquidi, cocchi, ecc., ciò tanto più quanto più l'utero è pieno e più stretto è il canale cervicale.

Malgrado ogni precauzione noi non possiamo dunque evitare sicuramente le infezioni delle tube le quali però non provengono esclusivamente dal canale genitale ma *bene spesso dall'intestino*; viene preso dapprima il rivestimento peritoneale, o l'infezione prende la sua via lungo la mucosa della tuba, e l'osservazione dei casi di actinomicosi della tuba ci istruisce in proposito. Ove ciò abbisognasse ancora di prova, basterebbe a fornircela l'icorizzazione di ematoceli incapsulati, di tumori completamente chiusi e separati dall'utero pei quali non si può pensare a comunicazioni con organi contenenti cocchi o bacterii.

Come dalla natura dell'agente irritante poco possiamo concludere sulle manifestazioni patologiche, poco del pari possiamo da queste ultime concludere in rapporto alla natura particolare dell'agente irritante; possiamo però stabilire che microbi di diversa natura e i loro prodotti anatomo-patologici possono dare uguali manifestazioni; la prova batteriologica non basta perchè i batterii patogeni possono essere sopraffatti ed aumentati da altri che ad essi si unirono.

Perciò, salvo poche eccezioni, possiamo dividere le infiammazioni della tuba non etiologicamente ma con una divisione anatomo-descrittiva in:

1.° Endosalpingite catarrale ac. e cr.
» purulenta ac. e cr.
» iperplastica (vegetante).
» difterica.
2.° Salpingite ac. e cr.
» flemmonosa o dissecante.
3.° Perisalpingite ac. e cr. con le diverse forme concomitanti.

Riuscendo positiva la ricerca degli agenti patogeni specifici, possiamo fare sottodivisioni in tubercolare, gonorroica etc.

Meccanismo di chiusura delle raccolte tubariche.

Non sempre ad ipersecrezione, salpingite, ecc. consegue raccolta tubarica, ma questa è determinata da molte circostanze facili a verificarsi, data la struttura della tuba: tali sono la strettezza dello sbocco uterino, le molteplici pieghe ed anfrattuosità della mucosa, il lume vario della tuba stessa e le facili sue rotazioni, nonchè l'ineguale grado di elasticità delle sue pareti.

A. Chiusura meccanica.

Può essere data già da epitelii staccati, da corpuscoli del pus e da fibrina, tantochè, anche senza chiusura anatomica delle estremità della tuba, può aversi raccolta tubarica. Antichi osservatori come Kiwisch avevano dato a questo fatto il nome di idrope aperto della tuba: può anche insorgere chiusura meccanica pel fatto di una semplice ripiegatura.

Tanto più facilmente insorge chiusura quando già la posizione e la configurazione della tuba è alterata, e queste alterazioni sono date facilmente dalle alterazioni di posizione dell' utero, da raccolte sanguigne e da tumori, nonchè da peritoniti pelviche, e possono pure molto facilmente essere congenite.

RACCOLTE TUBARICHE INTERMITTENTI.

Mediante il riassorbimento o superando l' ostacolo chiudente la tuba, può la raccolta scomparire dirigendosi verso l'una o l'altra parte, e già casi di Froriep, di Klob, di Kiwisch, di Förster provarono la possibilità di questo fatto fino a quando Rokitanski e Scanzoni ne videro la conferma assoluta nel cadavere.

L'A. ne osservò parecchi casi. Il meccanismo può considerarsi affatto analogo a quello della idronefrosi: notisi poi che la muscolatura iperdistesa ed atrofizzata può non avere poi più sufficiente forza contrattile, onde, anche solo per un impedimento meccanico, da una idrosalpinge intermittente può aversene una permanente.

B. Chiusura anatomica e permanente.

RACCOLTE TUBARICHE PERMANENTI.

Non si deve credere che ogni raccolta tubarica permanente derivi da una intermittente che la precedette. La chiusura permanente è rare volte congenita, più spesso acquisita: casi di atresia primaria della tuba non furono fin'ora osservati, onde verificandosi contemporanea atresia dell'utero, rimane sempre discutibile se l'atresia della tuba non sia secondaria alla distensione ed alla replezione della tuba stessa.

Molto più importanti sono le chiusure acquisite che possono determinarsi sia all'indentro che all'infuori del canale ed il cui punto di predilezione sembra essere l'estremità addominale della tuba: da quanto fu esposto riguardo all' idrosalpinge intermittente risulta chiaro perchè si abbiano più spesso le piccole che non le grandi raccolte e perchè si osservi più facilmente pio che non idrosalpinge, poichè le stesse cause che determinano le atresie interne ed esterne sono quelle che originano contemporaneamente pelviperitoniti infeziose, infezione della mucosa della tuba e raccolte marciose. La muscolatura stabilisce un' importante distin-

zione fra la chiusura temporanea e la permanente perchè si ha ipertrofia nella temporanea, atrofia nella permanente. Non è adunque, dice l'A., da ammettersi con Freund che l'ostacolo nello sviluppo sia la causa dei diversi tipi di raccolte tubariche, ma invece tale causa risiede nel diverso meccanismo di chiusura o nelle diverse cause di formazione di questo o quel contenuto.

Cambiamento di contenuto delle raccolte tubariche.

Raramente il contenuto di una raccolta tubarica rimane quantitativamente e qualitativamente immutato: le cause di tali mutamenti sono ancora sconosciute, il contenuto idropico della tuba varia sempre secondo gli individui ed anche nella stessa persona. Spesso un liquido prima chiaro diviene sanguinolento o per congestione durante la mestruazione o per rottura dei vasi neoformati e talvolta si può scorgere, in coincidenza colla menstruazione, un alternato distendersi ed afflosciarsi del tumore. Non può l'A. accedere all'opinione di Klob, secondo cui tali versamenti si verificherebbero solo nei primordii della formazione di una raccolta.

Anche il contenuto marcioso può non durare come tale: i corpuscoli marciosi possono degenerare adiposamente, fluidificarsi ed essere riassorbiti e così durando la chiusura ed il catarro della tuba, aversi infine una idrosalpinge: troviamo allora come residuo masse ispessite e calcificate. Ugualmente il contenuto sanguigno delle tube è soggetto a mutamento, potendo come è noto divenire marcioso o sieroso. Eccezionalmente trovasi aria (pneumo-piosalpinge).

Sintomi e decorso.

Poichè le raccolte tubariche sono malattie di origine secondaria serve per loro la divisione che si fa delle malattie che le causano. Tumori, infiammazioni, infezioni, gravidanza tubarica. Ma, appunto per ciò non si può dare una descrizione dei sintomi propri ad ogni specie di raccolta, anche perchè talora questa decorre affatto senza sintomi. Devesi anche notare come accresca difficoltà il fatto che non sempre uguali raccolte danno sintomi uguali. Finalmente anche la multiforme isteria causa nei sintomi alterazioni e cambiamenti notevoli.

Ecco tuttavia ciò che si può riassumere:

Idrosalpinge.

Ad utero in posizione normale od in retroflessione mobile od aderente possono manifestarsi idrosalpingi che poi, o da sole, od in causa della riduzione dell'utero spontaneamente scompaiono; non si può di queste raccolte stabilire alcun sintomo proprio: solo quando esse si sono svuotate le donne sentono un notevole senso di alleggerimento nel ventre: più frequenti assai di quanto non sembri, queste raccolte guariscono spontaneamente assai più spesso che non si creda. In

altri casi si hanno dolori, che sono dati o dalla causa (p. es. catarro tubarico), o dalla distensione meccanica del sacco e dalla conseguente pressione sugli organi viciniori. Tenesmo vescicale, costipazione, dolori lancinanti al sacro, al coccige, agli ischi e sopratutto irradiazioni dolorose nel distretto dei nervi crurali, dolori alla parte anteriore della coscia fino alla rotula, solo raramente dolori ischiatici: devesi notare che talvolta non era più molestata la gamba della parte dove avevasi la cisti più grossa ma l'opposta. Si ha spesso debolezza di una o d'ambedue le gambe in causa della pressione esercitata sui nervi motori. L'azione esercitata sull'utero si esplica con emorragie che ora conservano il carattere mensruale, ora ne allungano il periodo senza aumentare la quantità di sangue, ora sono intercorrenti e danno un flusso acquoso-sanguinolento. Raramente l'A. osservò dolori colici riferibili a contrazioni della tuba. Le condizioni generali soffrirono solo in donne molto sensibili od occupate in lavori faticosi.

Insomma anche una idrosalpinge doppia devesi considerare come una malattia lieve che può dare solo disturbi meccanici per tensione e distensione dei sacchi e raramente e solo in individui nervosi manifestazioni riflesse su organi lontani come lo stomaco ed il capo.

Piosalpinge.

Assai grave questa malattia, al contrario della idrosalpinge, insorge d'ordinario in forma acuta.

A. Piosalpinge acuta.

Osservata dall'A. frequentemente dopo l'aborto anche bene ed antisetticamente trattato. Il decorso clinico è, specialmente ai primordii, quello di una salpingite acuta, mentre diverso ne è il procedere e sopratutto il reperto obbiettivo. Febbri senza brividi fra 38. 5-39, violenti dolori per lo più unilaterali, tumescenze vicino o posteriormente all'utero delle quali si può seguire l'accrescimento. Caratteristici sono dolori violenti non riferibili alla grossezza del tumore, ma alla irritabilità delle pareti, sicchè col crescere del tumore stesso si osserva una remissione dei dolori: si possono comparare ai dolori del parto, colla differenza che durano per ore senza pausa: non di rado si irradiano verso il basso. Si deve ritenere che anche l'utero entri in contrazione e spesso questi dolori vengono accompagnati a nausee ed a vomito. Queste coliche non vengono in maniera alcuna influenzate dalla posizione di riposo, e tanta è la rassomiglianza di queste coliche con quelle da dismenorrea che in taluni casi queste ultime si possono considerare come coliche tubariche onde si può istituire la distinzione fra dismenorrea tubarica ed ovarica.

Questi dolori dell'inizio della raccolta si possono considerare come dovuti a contrazione della tuba che cerca di spingere fuori il suo contenuto e cessano quando esso fu evacuato o quando il muscolo iperdisteso viene stancato, onde si

vede che i dolori diminuiscono col crescere della raccolta. Spesso concomita una così grande infiammazione peritoneale che difficilmente la malattia dell'ovidotto si può clinicamente distinguere da una peri o parametrite o da una appendicite.

È notevole il fatto dei dolori che il piosalpinge può dare in regioni lontane dell' addome, specialmente negli ipocondri senza che di questo fatto, che non è del resto indizio grave, si possa dare spiegazione soddisfacente. Il piosalpinge acuto può guarire o passare allo stato cronico.

B. Piosalpinge cronico.

I sintomi di questa malattia si possono dividere in parecchi gruppi:

I. Non sorge sempre dalla acuta, ma anche da altre malattie come endosalpingite purulenta, gonorroica, subacuta e cronica. Spesse volte è riconosciuta solo per caso, può essere intermittente e il contenuto può in molte guise variare.

II. In molti casi un sintomo si manifesta più o meno chiaramente degli altri: dolori nel coito tali da rendere impossibile il coito per insorgente vaginismo, altre volte menorragie o menstruazioni prolungate, dolori locali (crurali o coccigei) del periodo mestruale o continui, il così detto dolore mediano, senso di malessere, dolorabilità d'una delle regioni iliache durante i movimenti e questo, in mancanza d'altri sintomi, distingue questa forma da altre specialmente dall' ovarìa.

III. In un terzo gruppo prevalgono i sintomi di infiammazione del rivestimento peritoneale delle tube: gravi alterazioni della pressione addominale come stipsi ostinata, eccessi di venere, ecc., per lo più nel tempo della menstruazione, aumentano le infiammazioni e si hanno febbri, dolori nel basso ventre, meteorismo, nausea e vomito: il dolore è limitato all'una od all'altra regione iliaca, e così forti sono i sintomi dati dal rivestimento peritoneale e dai tessuti sottostanti che riesce spesso impossibile distinguere il piosalpinge da una peri o paratiflite o da una appendicite. Cessato l'attacco rimane un senso di subbiettivo benessere: permangono talvolta lievi dolori al sacro, alle coscie, agli ischii, debolezza delle membra inferiori, disturbi della digestione, così fino a quando un prossimo attacco dimostra la non avvenuta scomparsa del contenuto marcioso della tuba.

IV. Al contrario talvolta non si hanno i periodi di benessere e le sofferenze continuano da quando si è stabilito il piosalpinge.

V. In altri casi un sintomo morboso domina gli altri e ciò sopratutto per parte dell' intestino: nei casi più leggeri si hanno inappetenza, nausea, costipazione o diarrea nei più gravi, coliche ed altre manifestazioni gravi che portano a rapido dimagramento e danno luogo fino talvolta alle manifestazioni dell' ileo. Ciò pei legami del peritoneo delle varie porzioni dell' intestino con quello rivestente le tube.

VI. Non raramente avvengono perforazioni del sacco marcioso con conseguenti

fistole di varia natura per lo più nelle parti alte dell'intestino retto, raramente nella S. iliaca: talvolta la marcia si fa strada nelle lamine del legamento largo causando un vero piocele periuterino. In due casi l'A. osservò spontanea apertura del sacco marcioso nel fondo vaginale; mai perforazione della parete addominale: dopo tutte queste perforazioni può avvenire guarigione spontanea.

VII. In rari casi si ha svuotamento nel peritoneo e morte rapida.

Diagnosi.

Tutti gli autori sono concordi nel ritenere difficilissima, spesso impossibile la diagnosi differenziale delle raccolte tubariche. È certo che ora le affezioni delle tube sono assai più frequenti che in passato, sopratutto per i frequenti interventi sulla *portio* e sulla mucosa uterina. Un segno importante delle raccolte tubariche fu dato da Kiwisch nella bilateralità: questo è dunque da mettersi fra i sintomi di certezza. I segni riguardanti la forma, la grossezza, la mobilità sono di poco valore.

1. Idrosalpinge.

Per le raccolte tubariche d'ogni genere è caratteristico lo sviluppo e la sede: ove non esistano circostanze speciali, le raccolte tubariche si sviluppano nello spazio di Douglas dietro all'utero, non abbandonandolo poi come farebbero i tumori ovarici eventualmente sviluppativisi, ma comprimendo invece l'utero in avanti ed in alto limitandolo nella sua mobilità fisiologica, onde si trova d'ordinario elevato ed antiflesso, mentre in casi rari il dito esploratore arriva a stento a raggiungerne l'orificio a livello od al disopra della sinfisi.

Qui si ha dunque un segno importante e non ancora accennato, la sensazione cioè che l'utero giaccia su un cuscino d'acqua o di aria che lo prema contro la sinfisi: se la mano che lo preme all'indietro lo lascia libero, esso in un modo tutt'affatto particolare torna a riprendere la posizione che prima occupava.

Questo segno riguardante l'utero l'A. ritiene in certa guisa caratteristico di queste neo formazioni. Sopratutto quando la raccolta liquida non era scarsa e le pareti non erano troppo grosse, questo segno non mancò quasi mai e nelle poche volte in cui non fu reperibile esistevano segni di gravi infiammazioni pregresse le quali avevano fissato l'utero, ed abolito lo spazio di Douglas in modo che non eravi più posto per una neo-formazione. Nella stessa guisa che le raccolte tubariche, anche altri tumori sviluppantesi ad uno, o ad ambedue i lati dell'utero, cisti ovariche e paraovariche, tumori fibrosi, in taluni casi le parametriti posteriori doppie, gli echinococchi, gli ematoceli, e pioceli retrouterini possono spingere l'utero in una simile posizione, ma manca sempre il segno accennato che si deve alla doppia elasticità data dalla raccolta liquida e dagli elementi muscolari che la racchiudono i quali esercitano in certo modo, una forza at-

tiva di resistenza. Non però in tutti i casi di duplice raccolta tubarica l'utero si spinge in avanti nel modo accennato, ma sopratutto nelle forme di doppia idrosalpinge di media grossezza ed in quei casi di semplice piosalpinge nei quali la parete non ha acquistato un troppo considerevole spessore.

Se si tratti di raccolta unica o duplice non è sempre possibile stabilire mediante l'esplorazione, poichè l'utero anche da una sola tuba fortemente distesa, può essere spinto in avanti ed in alto, e l'A. stesso ha operato casi in cui anche dopo aperto l'addome, si trovò in dubbio se il tumore rosso bleuastro sporgente dal bacino appartenesse all'uno od all'altro lato. Quando però l'utero si trovi spinto all'avanti in una linea extra mediana si deve ammettere che si tratti sempre di un'unica raccolta tubarica e precisamente del lato opposto a quello verso il quale si trova spinto l'utero. Soltanto nelle piccole raccolte il segno scolastico dato dalla esplorazione che vi sia un solco fra la raccolta e l'utero può essere accettato. Di solito questi tumori sono così distesi che aderiscono fortemente all'utero e non avvi la più piccola possibilità di introdurre il dito fra essi e l'utero. Anche un tumore ovarico, con breve e sottile peduncolo, può in dati casi dare questa sensazione. In altri casi, in conseguenza di speciali forme di aderenze, due solchi possono venire distinti in un unico tumore, di modo che a questo segno non si può dare alcun valore.

Ugualmente poco importante è il segno della fluttuazione, la quale è di solito così rara e così scarsa che l'A. è molto più inclinato (fatte le debite eccezioni) a non ammettere raccolta tubarica quando arriva a percepirla.

Ed anche poco importante è il segno della mobilità, la quale, specialmente per ragioni anatomiche, è così poca che non può essere ammessa come segno di differenziazione.

Ma noi abbiamo ancora un secondo segno patognomonico, cioè quello che si ha spingendo fuori mediante la pressione il liquido tubarico indirizzandolo verso l'utero. Questo fatto che si verifica frequentemente in modo spontaneo, dà luogo alla così detta idrosalpinge intermittente, la quale passa di solito inavvertita perchè noi ci troviamo ordinariamente di fronte a modificazioni già compiute nei dintorni del sacco. In ogni modo l'immediata osservazione del liquido fluente dall'utero può essere riguardata come segno caratteristico della idrosalpinge perchè nelle altre raccolte cistiche, manca la libera comunicazione fra esse e l'utero.

2. Piosalpinge.

Già uno dei segni patognomonici dati può bastare alla diagnosi di una raccolta tubarica unica o duplice, ma anche se essi mancano il tumore può esistere egualmente, e ciò specialmente per la diversa densità del liquido e per la diversa forma che può assumere la tromba in conseguenza sopratutto della causa e della modalità

colle quali si formò la raccolta. Per questo la forma semplice o multiloculare delle cisti non lascia dedurre alcuna conclusione sulla causa che le determinò; di regola le piosalpingi sono bilaterali; se uniche, esse sono accompagnate da idrosalpingi dall'altro lato. Oltre alla sede particolare del tumore al di dietro ed in vicinanza dell'utero spinto in avanti, la diagnosi viene qui assicurata dalla forma caratteristica del tumore, la quale rassomiglia a quella di una pera o di un salame, e presso ad essa non si sviluppano tumori d'altra specie.

Per questo i segni risultanti dallo sviluppo e dalla forma acquistano valore. Non basta però la esplorazione praticata per via della vagina; dobbiamo chiamare in aiuto anche la esplorazione rettale, specialmente perchè i tumori sono sviluppati all'indietro verso la parete posteriore del bacino.

Diagnosi differenziale.

La esplorazione rettale rende gravi servigi sopratutto quando gli altri segni non bastano a condurci alla diagnosi. Siccome noi di regola non possiamo palpare una tuba normale, dobbiamo venire alla diagnosi soltanto per via di esclusione. È certo che se l'utero e le ovaie non si possono palpare separatamente, non possiamo escludere i tumori di questi organi, ma se noi arriviamo a distinguere bene l'utero e le ovaie da ambo i lati, allora possiamo anche escludere i tumori che li riguardino e per esclusione ammettere raccolte tubariche. In ogni caso non è necessario per la esplorazione rettale adoperare l'intera mano; al contrario, in conseguenza, sopratutto del ristringimento di spazio portato dal tumore nel terzo superiore del retto, possiamo ritenere la esplorazione praticata coll'intera mano, come pericolosa e non necessaria allo scopo. Con due dita si riesce assai bene, ed inoltre per adoperare tutta la mano, bisognerebbe ricorrere alla narcosi che l'A. non consiglia che in casi rarissimi. Così, per uguali motivi, non si associa al metodo bimanuale di esplorazione vescico vaginale adoperato da Nöggerath, il quale durante la narcosi introduce un dito in vescica. Per la distinzione delle raccolte tubariche dai miomi o dai tumori ovarici, l'esplorazione rettale è per lo più superflua. Tuttavia non riesce sempre facile distinguere le raccolte tubariche dalle cisti tuboovariche, dagli ascessi tuboovarici ed ovarici e dalle doppie piccole cisti dermoidi in causa delle aderenze che possono avere contratte. È più facile distinguere una gravidanza tubarica. Certi segni di gravidanza non si possono sperare al principio d'una gravidanza extra-uterina, ma la tensione e la consistenza sono diverse, poichè in generale la raccolta liquida è più scarsa nella gravidanza che nella cisti e la tuba gravida muta di consistenza in conseguenza delle contrazioni che si riscontrano nella muscolatura ipertrofica. Questa variazione nella consistenza manca completamente nelle raccolte tubariche, esclusi i rari casi in cui è possibile spingere fuori il contenuto della tromba. Per questo la consistenza cistica

conclude per una gravidanza tubarica, una consistenza più solida per una raccolta: dato che ci riesca di accertare un cambiamento nella consistenza, la distinzione riesce affatto certa. Non è così facile dal cambiamento della consistenza il differenziare una gravidanza in un corno chiuso di un utero doppio, imperocchè l'A. stesso ammise trattarsi di idrosalpinge in un caso di questo genere. Il reperto di una raccolta tubarica e particolarmente di una idrosalpinge può essere completamente simile a quello di una gravidanza in un utero bicorne unicolle. Più facile che una gravidanza ectopica è il distinguere un aborto ectopico, specialmente un aborto tubarico dalle solite raccolte, sopratutto quando oltre all'esistenza del tumore si possano riscontrare i segni della gravidanza interrotta, come la espulsione di decidua dall'utero e l'ingrossamento del petto e la secrezione lattea. Similmente nei casi di ematometra in un corno di utero chiuso od in quello di un utero doppio si hanno certi segni clinici caratteristici della chiusura. Questi segni sono dati naturalmente dai dolori periodici e dalle emorragie, con tutto questo sono più che possibili le diagnosi erronee. Per la differenziazione da altre malattie quali ematoceli, raccolte marciose, ascessi del bacino, essudati, oltre ai segni che ci vengono dalla anamnesi, dalla febbre, dai segni di emorragia interna, abbiamo quelli che ci vengono dalla esplorazione. Non sempre è possibile, colla semplice esplorazione di differenziare miomi peduncolati e tumori ovarici, perchè perfino gli echinococchi possono dare segni identici alle cisti tubariche; sopratutto la esplorazione non può essere considerata come un segno sicuro di distinzione fra un tumore solido ed uno cistico, perchè parecchie circostanze complicanti possono impedire una esatta palpazione, e quando manchino i segni caratteristici la differenziazione rimane dubbia. Avvi tuttavia un segno che si potrebbe chiamare di aiuto e questo è la puntura esploratoria.

Puntura esploratoria.

Purtroppo questo segno diagnostico è caduto in dispregio, meno perchè ad esso si connettano pericoli o perchè si sia appreso a diagnosticare ugualmente bene senza servirsene, che perchè ci siamo avvezzati a stabilire la diagnosi esatta mediante la laparotomia. L'A. stesso si serve metodicamente della puntura nei casi dubbi e non osservò mai nessun danno: certamente la tralasciò quando non la credette necessaria: pratica la puntura mediante un ago sottile munito di stiletto traverso la parete addominale, abitualmente però attraverso al fondo della vagina, certo di aver preso ogni precauzione per non ferire gli organi della vicinanza od i vasi od apportare qualche infezione. Immediatamente è tolto così il dubbio se si tratti di tumore solido o liquido, ma per istabilire la qualità della raccolta liquida, non basta la semplice ispezione, ed anche se non possiamo avere un liquido che coi propri criteri caratteristici ci conduca alla diagnosi, l'esame mi-

croscopico e le reazioni chimiche ci sono in questi casi di grandissimo aiuto. Anche se qualche volta possiamo avere dei criteri che ci spieghino quale fu la causa che diede origini alle cisti, dobbiamo però di regola ritenere che la puntura esplorativa ci dirà soltanto se si tratta di un liquido sanguigno, acquoso o marcioso.

Prognosi.

La prognosi si deve riguardare a seconda delle cause che determinarono la malattia, a seconda della qualità del contenuto, a seconda dei vincoli contratti cogli organi vicini. Quanto al pericolo di vita, sono più gravi le cisti marciose, lo scoppio delle quali, versando marcia nel peritoneo, può dare la morte, oppure possono far sì che si stabiliscano vincoli cogli organi di vicinanza, in modo da aversi successivamente fistole ed ascessi cronici. Nel primo caso la morte per peritonite sopravviene subitaneamente, negli altri si ha un lento deperimento che conduce a morte per tisi o per degenerazione amiloide, e solo ben di rado in questi casi sopravviene la guarigione spontanea. Anche, allorchè si formarono restringimenti dell' intestino, la morte può sopravvenire per miserere cronico. In ugual guisa la morte può consegnire ad emato salpinge unica o doppia, sia questa data da gravidanza tubarica, e mentre qui la morte sopravviene in guisa acuta per emorragia interna, nell'altro caso sopravviene per peritonite, per quanto questa peritonite non sia di forma settica.

Anche astrazione fatta dalla morte, le raccolte tubariche in causa di dolori o dell' impedimento di ogni fatica corporale, possono gravemente amareggiare la vita.

Per riguardo alle funzioni, le raccolte tubariche stabili causano un impedimento assoluto al concepimento, ed in causa dei violenti dolori impediscono il coito. Di fronte a questi casi havvene un gran numero d'altri, in cui non si deve stabilire alcuna prognosi grave per l' avvenire della paziente; sono questi i casi di idrosalpinge sopratutto intermittente, ed un pari numero di casi di piosalpinge in cui la marcia diventa spessa, caseosa, cretacea, oppure si fluidifica e viene infine riassorbita. Quanto alla guarigione naturale, si deve essere molto increduli, esclusi i casi già accennati di idrosalpinge intermittente e di ematosalpinge dovuto ad aborto tubarico. Che gravi casi di acuta idro o piosalpinge possano guarire, si deve però ammettere come cosa sicura.

Terapia.

Il pericolo che presentava l'estirpazione delle trombe congiunto alla deficiente diagnosi impedì che fino all'epoca presente si pensasse alla estirpazione delle trombe come mezzo di cura. Ora però un gran numero di casi operati dimostra che questo metodo d'intervento, assolutamente radicale, in questa non meno che

in altre forme di malattia dei genitali muliebri è il più giusto. Però il semplice reperto di raccolta tubarica non è motivo sufficiente a determinare l'amputazione della tromba, per quanto disgraziatamente la diagnosi venga spesso esattamente stabilita solo dopo l'operazione. Molte donne nelle quali si hanno emorragie e dolori di poca importanza vengono operate di salpingectomia senza giusta indicazione. La questione che riguarda se e quando una donna si debba operare quando soffre di affezione tubarica è tanto più importante in quanto che insieme alla tromba viene di solito amputato l'ovaio e già molte voci autorevoli s'innalzano ad attestare che l'operazione è giovevole appunto perchè insieme alla tromba si pratica la asportazione dell'ovisacco.

È certo ad ogni modo che noi non abbiamo di solito a che fare con trombe ammalate, ma con donne sofferenti per malattie di questi organi, il che vuol dire che deve esser vario il metodo che noi dobbiamo seguire nella cura. Malessere di vario genere, calore che sale rapidamente al capo, sudore di una parte o di tutto il corpo, crampi nelle mani o nei piedi, brividi, insonnia, rapido dimagramento, stanchezza, debolezza nelle gambe, cefalea, smemorataggine, svogliatezza od incapacità al lavoro, irritabilità, alterazione psichica ed una debolezza continuamente crescente sono i segni che ci condurranno ad eseguire un atto operativo.

Inoltre in casi singoli si manifesteranno così forti cambiamenti nella sfera sessuale, così completa apatìa, così gravi manifestazioni nervose da parte di tutto l'organismo che qualche volta parrà impossibile la guarigione anche dopo l'atto operativo. Più d'una di queste ammalate pensando dopo l'operazione al loro primiero stato dicono che il solo timore di una parte delle antiche sofferenze le avrebbe condotte ad accettare qualunque atto operativo. Confessa l'A. che quanto alle conseguenze della castrazione si trova in contrasto con Hegar, perchè il numero delle conseguenze tristi di questa è tale che egli non può mutare la sua opinione in proposito. Sa bene che in taluni casi le pazienti vengono realmente ridonate a nuova vita ed egli stesso ha potuto osservare una serie di casi favorevoli. È certo però che noi non siamo in grado di poter dire in precedenza se o no il caso che dobbiamo discutere apparterrà poi ai favorevoli od agli sfavorevoli, per quanto sia certo che la castrazione è tanto meno dannosa quanto più la donna si avvicina all'epoca in cui cessa spontaneamente l'ovulazione; disgraziatamente le raccolte tubariche, come lo dimostra l'etiologia, sono molto più frequenti nell'età fiorente e nel periodo di rigoglio sessuale della donna. Il secondo punto da considerare è che qualche volta la guarigione consegue ad interventi operativi di minor importanza come fu osservato in una serie di casi. È per questo che prima di ricorrere all'*ultima ratio* della salpingo ovariotomia, ha stabilito i seguenti quesiti ai quali si deve rispondere: 1.° La diagnosi della raccolta tubarica deve essere stabilita anche in riguardo al contenuto prima d'ogni intervento operativo

di alta importanza. 2.° Dev'essere esattamente determinato se e di quali molestie soffrano le donne affette dalla malattia. 3.° Se queste molestie si debbano attribuire alla raccolta tubarica o ad altre cause (isteria ecc.) 4.° Nel primo caso si deve cercare in ogni modo di conservare l'organo ammalato migliorandone il contenuto acquoso o marcioso che esso sia: dato che questo non riesca si dovrà: 5.° Ricorrere all'amputazione della tuba (salpingectomia) e se anche l'ovaio si riscontra ammalato o criteri tecnici ci guidano amputare anche questo. Seguendo questi criteri l'A. si trovò sempre soddisfatto malgrado le molteplici difficoltà che circondano ogni intervento. Perciò può dare criteri pratici che guidino nei singoli casi.

1. Idrosalpinge.

La salpingectomia e la castrazione o la sola salpingectomia è contro indicata nei casi di semplice idrosalpinge. Poichè questa non dà alcun disturbo e quando non sia questione di curare la malattia solo per la sterilità che da essa può dipendere, ogni intervento è superfluo. Dove poi noi osserviamo manifestazioni più o meno gravi, siamo obbligati, non soltanto a curare le emorragie sintomatiche, col raschiamento od altro, ma a combattere la malattia fino alla fine volgendo le nostre cure alla tromba ammalata. Per questo dobbiamo anzitutto cercare di svuotare il contenuto della tromba verso l'utero, o di produrre tali circostanze per le quali riesca possibile lo svuotamento spontaneo. Ambedue queste cose sono possibili.

A. Cura ortopedica.

All'A. e ad altri è spesso riescito dopo la riposizione in posto di un utero che trovavasi in posizione non normale di migliorare e di guarire la malattia della tromba, perchè l'utero ridotto e mantenuto in posto da un pessario, rettificando la posizione della tromba ne favorisce lo svuotamento impedendo la ripetizione della malattia. Ma quando i tentativi di riduzione sieno falliti o in causa della grande replezione della tromba come avviene ordinariamente nella antiversione e nella elevazione, allora possiamo ricorrere al più efficace metodo ortopedico, al massaggio. Da poi che riuscì in qualche caso di svuotare artificialmente il contenuto della tromba e di procurare così le circostanze necessarie ad una stabile guarigione, il massaggio si stabilì in questi casi come mezzo curativo di suprema importanza; agisce favorevolmente in molti modi, avendo sopratutto il vantaggio di togliere gli ostacoli al deflusso del liquido, rompendo le aderenze che lo impedivano, di migliorare immediatamente le incurvature ed i contorcimenti delle trombe, cagionando, anche mediante un'azione collaterale che esso massaggio è capace di determinare, un miglioramento meraviglioso nella costipazione. Questa costipazione che, anche per sè sola, in causa della iperemia venosa generale che essa determina negli organi addominali è capace di agire sfavorevolmente, favo-

rendo il riempimento del sacco esercita un'azione dannosa, in causa della trasudazione. Mai per opera del massaggio per quanto esso in breve volger di tempo nella clinica dell'A. da lui e dai suoi assistenti sia stato adoperato in gran numero di casi, egli potè osservare il più piccolo danno; certamente però ricorre al massaggio solo quando la diagnosi di idrosalpinge sia nettamente stabilita e non vi ricorrerebbe nei casi di piosalpinge; perciò il massaggio dev'essere esercitato da chi sappia esplorare e diagnosticare, cioè da un medico ginecologo già fatto, vale a dire da chi possa a dovere esercitare questo metodo di cura. Solo allora se ne avranno buoni effetti.

Il massaggio viene coadiuvato da irrigazioni tiepide (non calde), da cataplasmi alla Priesnitz, da semicupi e da bagni generali. Dato che si abbiano coliche tubariche non disdegna di ricorrere ai narcotici, non solo per agire sui dolori, ma per togliere immediatamente il crampo muscolare.

Cogli stessi intendimenti si cercò di rendere permeabili le trombe allo scopo di poterne evacuare il contenuto, e le ricerche fatte per penetrare colla sonda nel loro orificio uterino sono quasi così antiche come la introduzione della sonda stessa in ginecologia. Queste esperienze però non diedero secondo l'A. risultati da raccomandare questo metodo, perchè il tentativo di penetrare alla cieca in un orificio capillare è incerto e pericoloso ed anche negli animali le ricerche sono rimaste senza buon risultato. Nel tempo più recente è stato fatto un altro tentativo per evacuare il contenuto della tromba, e bisogna dire che per quanto questo tentativo abbia dato in taluni casi buoni risultati, pure può causare molti danni. Consiste nella dilatazione dell'utero mediante la spugna compressa. Anche mediante striscie di garza iodoformica l'utero viene dilatato e la tromba viene così drenata. Ma però soltanto casi recenti di idrosalpinge vorrebbe il Gottschalk che si trattassero in questo modo. Notisi qui subito il danno che verrebbe dalle trazioni esercitate sull'utero che potrebbero fare scoppiare il sacco del piosalpinge o mutare un idrosalpinge in piosalginge. Ritiene perciò la presenza di una raccolta tubarica come controindicazione alla dilatazione dell'utero.

B. Intervento chirurgico.

Riusciti inutili i mezzi ortopedici e meccanici, è forza ricorrere ai chirurgici ponendo in prima linea quelli che hanno in vista la conservazione della tuba: perciò si tenterà di raggiungere le cisti dalla parte della vagina seguendo il metodo di Simpson ingiustamente abbandonato e chiamato metodo di

PUNTURA TRAVERSO LA VAGINA.

È certo che anche qui non debbono tralasciarsi alcuni precetti che sono assolutamente necessarii. Ecco rapidamente la tecnica; posizione dorso-pelvica, buona

disinfezione della vagina, tamponamento del collo mediante un piccolo tampone, puntura della cisti sulla guida del dito mediante un sottile trequarti di 18 cent. di lunghezza; per evitare lesioni di organi della vicinanza si faccia premere fortemente da un aiuto il tumore in direzione del punto nel quale lo si vuole perforare. Il liquido si svuota spontaneamente in forza della elasticità e della contrazione delle pareti e della pressione addominale: non ha luogo aspirazione: per quanto tempo dura il deflusso del liquido, per altrettanto la mano dell'aiuto non si deve allontanare dalla superficie del ventre altrimenti l'aria viene aspirata traverso il trequarti: solo quando questo fu tolto e le gambe furono ravvicinate la mano può venir ritirata. Nessuna aspirazione perchè sarebbe inutile o dannosa; nessun uso di speculum eccetto che per la disinfezione, nessuna uncinazione dell'utero: devonsi certamente i buoni risultati al fatto di *pungere esplorando.* Non osservò mai alcun danno arrecato agli organi vicini, vescica, intestino o grossi vasi: è certo che se ne sentono di ben notevoli pulsare nel fondo della vagina ma una esplorazione attenta ce li fa evitare sopratutto quando, come osserva Bandl, le arterie uterine furono spinte fortemente da banda dalla raccolta neoformantesi. Per premunirsi contro la puntura della vescica basta l'introduzione del catetere ed è così certo che non si può danneggiare, ma che anzi si giova che l'A. non è alieno dal praticare la puntura ambulatoriamente. Il miglioramento dei sintomi fu immediato e qualche volta seguì la scomparsa completa di una raccolta anche moltiloculare alla puntura di una sola concamerazione per la riacquistata elasticità del muscolo. Subentra spesso alla puntura guarigione clinica, spesso anche guarigione anatomica talvolta recidiva, sopratutto dopo tre a sei mesi e specialmente nelle cisti policoncamerate il cui liquido non fu completamente evacuato: allora l'A. punge nuovamente, e spesso ad una seconda e ad una terza puntura seguì la guarigione. Se dopo la seconda puntura una cisti semplice si riempie nuovamente di liquido, l'A. cerca di modificare la mucosa mediante l'iniezione di una soluzione fenica al tre per cento traverso la cannula da puntura, ma in causa dell'esiguo numero di osservazioni da lui fatte in proposito non può dare un giudizio generale su questo procedimento. Incerto e malsicuro è il metodo di Bandl di lasciare in posto per qualche giorno la cannula.

Può darsi che si pungano per errore diagnostico tumori ovarici, echinococchi, cisti paraovariche e tube gravide, ma questo errore non è dannoso perchè il maggior rischio che si corre sta nella rinnovazione del liquido e del resto l'A. è certo di avere colla puntura guariti molti casi di gravidanza tubarica. Ma con ciò non vuol dire che si debba di proposito praticare la puntura in questi casi; intende solo che non la si debba tralasciare in casi dubbi: ove sopravvenissero emorragie si deve praticare prontamente la laparotomia.

Se i sacchi idrosalpingitici sono posti anteriormente, si pratichi la puntura dalla parte addominale: egli però non la consiglierebbe: certo non avvi pericolo di

ferire l'intestino, ma se le pareti della cisti non sono concresciute con quelle dell'addome, è quasi impossibile impedire il versamento del liquido nella cavità peritoneale: preferisce allora la estirpazione del sacco o la incisione dopo precedente cucitura alla parete. Se la raccolta tubarica è ugualmente accessibile dall'addome e dalla vagina, preferisce pungerla da quest'ultima parte perchè il luogo più declive assicura il deflusso del liquido.

Quando tutti questi mezzi non siano utilizzabili o non abbiano giovato opera come nel

2. Piosalpinge.

Dobbiamo guidarci con criterii ben diversi che nella cura della idrosalpinge: e se è certo che anche casi di piosalpinge specialmente acuta, possono spontaneamente guarire, pure l'antico aforisma: *Ubi pus ibi evacua,* non rimane men vero. Con tutto ciò non vuol dire che debbasi tosto ricorrere alla estirpazione: ammesso in via assoluta che qui i mezzi ortopedici e meccanici non sono soltanto malsicuri, ma anche pericolosi, si deve pure ammettere che la forma di intervento chirurgico deve variare nei singoli casi.

A. Incisione.

Per il piosalpinge non basta la puntura: occorre la incisione, e ciò perchè malgrado ogni apparenza potrebbe trattarsi di un vero ascesso parametritico o di un'ematoma del legamento largo suppurato oppure di un sacco piosalpingitico la cui mucosa è siffattamente alterata che la guarigione non può seguire che per secundam con tessuto di nuova formazione. Perciò, ed in vista della grande tendenza a chiudersi che ha l'apertura, è raccomandata l'incisione e l'attenta esplorazione digitale del sacco.

a) INCISIONE DALLA VIA VAGINALE.

Si disinfetti bene la vagina e, senza aiuto di speculum e senza trazioni dell'utero in basso si incida mediante un coltello a lungo manico sulla guida di una cannula che viene tenuta fra le dita indice e medio introdotto in vagina mentre un aiuto preme contro di essi il tumore, e l'incisione sia tanto ampia da lasciare libero passaggio al dito. Si cerchi allora con questo di rompere le concamerazioni e di verificare se il tumore è o no cresciuto nello spazio di Douglas. Nel primo caso si toglie il dito e si lascia fluire liberamente il pus; nel secondo si afferra con pinze la parete della cisti e quella vaginale per togliere ogni comunicazione col peritoneo. Solo quando le pinze sono applicate si lascia fluire il liquido: esse devono rimanere in posto durante 24-48 ore, ed allora si tolgono quando la riunione temporanea è divenuta definitiva. Il resto dell' atto operativo è identico in ambedue i casi: il contenuto, se denso, viene estratto col dito, si lava la cavità

con una soluzione indifferente di sal di cucina o di permanganato di potassa. La cura antisettica è inutile e, in talune circostanze, dannosa: si applichi drenaggio a T, strisce di garza od ambedue, si freni l'emorragia con pinze o con tamponamento; se non avvi odore assai cattivo non è necessario cambiare il drenaggio: bastano le lavature vaginali, e il drenaggio si lascia in posto da 8 a 14 giorni ed anche più facendo alzare le pazienti in un periodo precoce, di solito da 8 a 14 giorni dopo l'incisione. Il decorso successivo è assai favorevole e solo due volte su 300 incisioni vaginali l'A. osservò seguire esito infausto, ed in ambedue i casi si trattava di sepsi generale post-abortiva; in un solo caso la guarigione tardò tre mesi, per lo più fu completa in sei settimane al massimo ed una volta sola vi fu fistola retto vaginale per usura del retto.

b) INCISIONE DALLA VIA ADDOMINALE IN UN SOLO TEMPO.

Se le raccolte tubariche, per fissazione dell'utero od altro sono più vicine alla parte anteriore del bacino ed alla parete addominale, l'A. procede all'atto operativo in un solo tempo come già ha fatto da anni per le cisti da echinococco, per l'idronefrosi e per le gravidanze extrauterine. Se le cisti tubariche sono già aderenti, incide prontamente dopo la sezione dei legamenti e se il tumore è voluminoso segue la linea alba, negli altri casi una linea parallela all'arcata di Poparzio come per la ricerca dell'arteria iliaca. Se i sacchi non sono aderenti apre i tegumenti fino a scoprirli, punge ed aspira una parte del contenuto, poi sutura il sacco alla parete premendolo contro di essa mediante un dito introdotto in vagina o nel retto; la cavità peritoneale rimane difesa dalla sutura praticata precedentemente; evacuato il liquido si aggiungono punti di sicurezza. In principio egli drenava la cavità perforando in basso la vagina, ma ora riconosce che ciò è inutile e si limita al drenaggio addominale che cambia una sola volta senza far lavature escluse quelle che pratica immediatamente dopo l'atto operativo. Quando, in causa di fitte ed estese aderenze coll'intestino non sia possibile l'estirpazione e la incisione dalla parte anteriore, fa il drenaggio dalla via vaginale dopo di avere spinto il sacco nello spazio di Douglas, servendosi come guida del dito introdotto dall'apertura addominale, metodo questo che differisce da quello di Martin che reseca il sacco tubarico e lo cuce drenandolo poi dalla via vaginale.

B. Estirpazione.

Quando (come anche nell'idrosalpinge) alterazioni secondarie gravi consiglino di non ricorrere agli altri mezzi, viene opportuna la escisione, non la incisione: devesi però considerare il grave pericolo di vita che può in taluni casi offrire l'atto operativo; qui risulta anche che se di solito nell'idrosalpinge è possibile la sola ablazione delle tube, nel piosalpinge bisogna ordinariamente esportare anche l'ovaio.

L'atto operativo può essere molto difficile, e d'ordinario l'A. stesso fa entrare la mano sinistra in vagina e colla destra scioglie con cauta violenza le aderenze che stringono il tumore nel cavo di Douglas; non crede vi sia miglior intervento di questo; buon aiuto è la posizione alta usata prima dal Kochs, poi diffusa dal Trendelenburg. È importante prima della estrazione di pungere la tuba con un fine ago di Dièulafoi e renderla così più malleabile. La sua statistica è assai favorevole; su 52 casi una sola morta, la prognosi è buona, e migliore se si potè lasciare in posto anche un solo ovaio. Se le aderenze rendessero impossibile l'estrazione, si resechi una parte della tuba e si suturi il resto, o si suturi senza resecare. Non seguì mai il processo di Martin e di Skutsch di togliere un pezzettino dell'altra tuba chiusa per rendere possibile il concepimento (salpingostomia) nella tema di procurare una tardiva infezione della cavità peritoneale dalla via uterina.

3. Ematosalpinge.

Emorragie tubariche, quindi raccolte di sangue nella tuba avvengono nelle gravidanze tubariche, secondariamente nella idropiosalpingi e per certe anomaiie di prima formazione come l'atresia dell'utero. La loro cura si connette a quella della gravidanza e degli aborti tubarici da una parte, e dall'altra a quella dell'idro e piosalpinge e dell'ematometra. In parte dovrebbe quindi ripetersi in parte parlare di cose che non concernono il suo lavoro. In generale si deve regolarsi sintomaticamente. Se il sangue si altera basta la semplice incisione vaginale e se si hanno evidenti fenomeni di compressione si pratichi la laparotomia, sopratutto se si tratta di emorragie recenti. Se il sacco è vecchio, se esistono coaguli e non si temono quindi emorragie nel sacco, basta la semplice incisione vaginale. Se si hanno segni che l'emorragia continua e si temono crepature, non si indugi a praticare la laparotomia.

Per ciò che riguarda la cura dell'ematosalpinge secondario, nulla avvi da aggiungere a quanto fu detto.

Dott. R. Polacco.

P. G. Spinelli. — I risultati della sinfisiotomia antisettica presso la Scuola Ostetrica di Napoli.

L'A. con la sua nota clinico-statistica si propone di far conoscere i risultati della sinfisiotomia antisettica come vien praticata dalla Scuola Ostetrica Napoletana e fa rilevare che il periodo favorevole della sinfisiotomia non data che da pochi anni, da quando, grazie al trionfo dei principi razionali di indicazione operatoria formulati ed energicamente sostenuti dal prof. Morisani e grazie alla applicazione rigorosa dell'antisepsi, i risultati della operazione sono stati costantemente favo-

revoli per le madri. In quanto al feto esso non corre alcun pericolo pel fatto stesso della sinfisiotomia; i rischi ai quali è esposto sono esclusivamente inerenti alle operazioni di estrazione.

L'A. riferisce 24 casi di sinfisiotomia antisettiche, la maggior parte praticate dal prof. Morisani. In questi 24 casi, 3 donne hanno subìto ciascuna due operazioni. La mortalità materna è stata 0. Di tutti i bambini uno solo è morto 12 ore dopo l'operazione; era stato estratto col rivolgimento, in uno stato di asfissia molto avanzata.

L'A. sopra le osservazioni riferite formula le seguenti proposizioni: 1.° *Che un feto a termine e bene sviluppato può attraversare, dopo la sinfisiotomia, un bacino viziato la cui coniugata vera misuri almeno 65 mm.; cioè un bacino pel quale tutti gli ostetrici consigliano e praticano l'embriotomia o l'operazione cesarea;* 2.° *Che una donna il cui bacino è viziato, può subire impunemente la sinfisiotomia purchè l'operazione sia praticata antisetticamente e nei limiti ad essa assegnati.*

Con questa prima statistica costantemente favorevole l'A. crede di avere: 1.° *Stabilito in favore della sinfisiotomia una base seria e positiva di fede e di credito;* 2.° *Fatto rilevare dal punto di vista storico l'importanza dell'opera compita dal prof. Morisani che, solo per tanti anni, ha raccomandato e praticata una operazione abbandonata da tutti gli ostetrici*; 3.° *Preparato e fatto sentire il bisogno di una discussione più larga su questa operazione a profitto della pratica ostetrica.*

L'A. conclude infine che al punto in cui possiamo fermare i nostri corollari a proposito della sinfisiotomia la indifferenza o un'apparente negligenza da parte degli ostetrici non è più giustificata e sarebbe quasi una colpa. (*Annales de Gynécologie et d'Obstétrique,* numero di gennaio 1892, Parigi).

NECROLOGIO

Il 14 marzo moriva nell'età di 74 anni il prof. **Carlo Sigismondo Credé** direttore della Clinica ostetrica di Lipsia, assottigliandosi così sempre più la valente schiera dei ginecologi ed ostetrici tedeschi che con Hecker, Spiegelberg, Litzmann, Schroeder, Braun, Breisky, Scanzoni ecc., avevano, nella seconda metà di questo secolo, portato così alto nella scienza ostetrica il nome tedesco. Il suo nome è legato specialmente alla introduzione del cefalotribo in Germania, alla pratica di secondamento che porta il suo nome, al trattamento profilattico dell'oftalmoblenorrea dei neonati.

Prof. Luigi Mangiagalli, *Direttore responsabile.*

Milano — Tip. L. F. Cogliati, Via Pantano, 26.

Anno XIV. Maggio 1892. Num. 5.

ANNALI
DI
OSTETRICIA E GINECOLOGIA

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS OF ENGLAND
28 JUN 92
LIBRARY

Dott. FRANCESCO LANDUCCI
(Dalla Clinica del Dott. Budin alla « Charité » di Parigi).

Delle lacerazioni perineali durante il parto
e del loro trattamento immediato.

Quando la presentazione, ed in particolare la testa, che, per la maggior frequenza, prenderemo ad esempio, è stata spinta per effetto delle contrazioni uterine nel canale vaginale, essa tende a procedere secondo la direzione impressale dall'utero nel senso dell'asse proprio e del distretto superiore, quindi molto posteriormente, sul perineo. La contro pressione fornita dalla elasticità e contrattilità di esso entra allora in giuoco, e la combinazione di queste due forze ha per risultato di dirigere la presentazione in avanti ed in alto verso l'orificio vaginale.

La vagina non offre per sè stessa che una piccola resistenza al progredire della parte fetale (1); le fibre ipertrofizzandosi durante la gravidanza (Rouget, Tarnier (2), Depaul) (3), le pareti sottili e cedevoli, la dilatazione lenta e graduale che la parte superiore subisce negli ultimi mesi, per lo sviluppo del segmento inferiore dell'utero, ne preparano e facilitano la distensione; nella parte inferiore invece il canale già d'un calibro più piccolo, si presta specialmente a resistere per l'azione del piano muscolare perineale.

(1) Auvard. « Traité d'accouch. » Paris, 1891, p. 222.
(2) Tarnier et Chantreuil. « Traité d'accouch. » 1888, vol. I, pag. 233.
(3) Depaul. « Leç. de Clin. obstétricale. » Paris, 1872, pag. 158.

Al di là di questa resistenza estrinseca alla vagina, vinta a poco a poco in seguito ad un vero travaglio paragonabile a quello del collo uterino, un'altra finalmente se ne aggiunge all'orificio vaginale, il quale — in ispecial modo nelle primipare — offre un ostacolo lungo e penoso. È allora che si osserva la parte fetale presentarsi ad ogni contrazione alla vulva, e distenderla, e socchiuderla, per scomparire di nuovo ad ogni intervallo; è allora che si ha quella lunga e dolorosa lotta — fra le forze espulsive dell'utero e dell'addome da un lato, e quelle complesse che all'altro lato vi si oppongono — che una levatrice della Clinica del Tarnier, M.me Victor, ha, con felice espressione, chiamato « il periodo della disperazione. »

È, a questo momento, la resistenza dei muscoli perineali, o dell'orificio vaginale, o di quello vulvare, che si oppone all'uscita della testa fetale? Dalla attenta osservazione del come il parto si termini in una primipara, è facile il riconoscere che, al momento in cui la testa supera gli ultimi ostacoli, il perineo non si estende affatto di più che negli istanti precedenti, quando, già enormemente stirato ed allungato esso aveva ceduto — come ben nota Matthews Duncan (1) — quanto è possibile, e quanto, in condizioni normali, è sufficiente.

Nelle primipare non è dunque al perineo che quest'ultimo ostacolo deve imputarsi; ed è agli accuratissimi studi del Budin che si deve la prova indiscutibile di questo fatto. L'osservazione da lui riportata nel suo bel lavoro sulle « *Ricerche sull'imene e sull'orificio vaginale* » (2) è veramente tipica e non si può a meno di citarla. Si trattava di una primipara a termine e nell'ultimo periodo del travaglio; attraverso alla vulva aperta durante le contrazioni dalla testa momentaneamente arrestata, si vedeva l'orificio vaginale (già dal Budin riscontrato prima che il travaglio cominciasse, largo e dilatabile, ma intatto) a forma d'un ovale completo; e, introducendo un dito fra di esso e la testa, se ne avvertiva il bordo assottigliato estremamente teso e resistente, mentre l'orificio vulvare si manteneva ancor molle e facilmente si lasciava al-

---

(1) M. Duncan. « Sur le meccanisme de l'accouch. normal et pathologique. » Trad. par Budin. Paris, 76, pag. 466.

(2) Budin. « Obstétrique et Gynéc. » Paris, 1886, p. 281 e seg.

largare. L'apertura elittica dell'orificio vaginale era giunta ad avere il diametro maggiore di 7 cm., quando il Budin osservava la testa macchiarsi leggermente di sangue, ed, in un intervallo fra le contrazioni, riscontrava una piccola lacerazione essersi prodotta da un lato ed interromperne il bordo. Un'altra si produceva, ad una nuova spinta, dal lato opposto; ed allora soltanto la testa potè avanzar prontamente e tendere l'orificio vulvare il quale formava ormai l'ultima resistenza, e superarlo prontamente alla contrazione successiva. Dopo il parto, anche posteriormente e sulla linea mediana fu trovata nell'orificio vaginale una terza lacerazione, prolungatasi alla mucosa vulvare della fossetta navicolare.

Fu dunque in questo caso, che è poi il tipo di ciò che avviene comunemente nei parti delle primipare, l'orificio vaginale che presentò la maggior resistenza e che costituiva una difficile barriera, dopo vinta l'opposizione del piano perineale, e prima d'incontrare quella dell'anello vulvare.

Ora questo orificio a bordi sottili e tesi, riscontrato al di là della vulva non è, secondo il Budin (1) formato dal muscolo Costrictor Cunni come pensa l'Olshausen, ma sibbene dall'estremità anteriore della vagina, l'apertura della quale costituisce — contro l'opinione del Duncan (2), generalmente accolta per lo innanzi — quello che comunemente chiamasi « orificio imenale. » Nel caso speciale da lui riportato, questo era intatto; ma la resistenza è pressochè la stessa anche quando è lacerato in seguito al coito, questa lacerazione non comprendendo in tal caso che il bordo interno libero di esso; non così invece avviene nelle multipare nelle quali, essendo già rotto anche il bordo esterno dell'imene, ossia distrutta tutta quella porzione dell'estremità vaginale che ristringendosi a cul di sacco fino all'orificio, divide, ad organi intatti, la vagina dal canale vulvare, e le cui vestigia si trovano nelle caruncole mirtiformi (3), il

---

(1) Budin. Op. cit., p. 272 e 284.

(2) Duncan. Op. cit., p. 467. Egli considerava come limite ultimo della vagina, solo la circonferenza esterna del setto imenale, là dove, all'ispezione, questo sembra inserirsi sulla mucosa vulvare.

(3) Schroeder. « Man. di Ostetr. » Trad. Rocca, p. 110-112 e note del Tibone a p. 113. — Schroeder. *Schwangerschaft, Geburt. u. Wochenbett.*, pag. 7. — Bidder. *Peters. med. Zeitschrift*, 1868, pag. 50. — M. Duncan. Op. cit., pag. 469.

bordo anteriore della vagina stessa non offre più ostacolo, e la parte fetale viene direttamente a forzare sull'orificio vulvare, onde l'espulsione è ben più sollecita.

Questo fatto completa la prova che il maggiore ostacolo incontrato dalla parte fetale nel tragitto del canale vaginale sia dovuto all'orificio di esso; ciò che è pure confermato da un altro caso osservato dal Budin, in cui la semplice incisione del bordo di questo orificio, consigliata dall'Olshausen, bastò a che la testa fino allora trattenuta, fosse espulsa immediatamente, l'anello vulvare non avendo offerto resistenza alcuna.

Comunque sia, è certo che — secondo ha scritto il Duncan — l'orificio vaginale si rompe in modo costante, e profondamente, nel primo parto. Quando la testa (per parlare del caso tipico, d'una presentazione di vertice) ha disteso al massimo il perineo ed è arrestata dall'orificio vaginale su cui preme come un cuneo, questo orificio sopporta uno stiramento pressochè uniforme. Avviene quindi che, a questo momento, o la dilatazione ha tempo di divenire sufficiente, ciò che è rarissimo, o qualunque punto del bordo vaginale può cedere; d'onde le svariate lacerazioni che si osservano, sia limitate, sia estese alla mucosa vaginale o alla vulvare fino a sezionare le piccole labbra o a salire verso l'uretra od oltrepassarla, o a propagarsi per la fossa navicolare. Varietà questa in ispecial modo frequente e probabile nel momento in cui il cuneo occipitale divenendo irregolare pel presentarsi delle protuberanze parietali, lo stiramento si fa maggiore proprio là dove i tessuti sono più assottigliati ed hanno minor sostegno.

Tali lacerazioni posteriori sono poi favorite dalla direzione della forza, la quale ad un certo punto prevale di necessità sul segmento inferiore dell'orificio. Finalmente lo sono nello stesso modo che tutte le altre varietà, quando troppo piccola sia l'obbliquità del bacino, o la sinfisi pubica esageratamente lunga, nel qual caso la testa si dirige secondo l'asse dell'orificio vaginale, dopo aver già disteso troppo lungamente il perineo in modo che questo ha dato tutto quanto è possibile della sua elasticità, e quello, perduta la contemporaneità della resistenza, non ha più il tempo di svilupparla e di lasciarsi allargare senza rompersi.

Altre cause efficienti delle lacerazioni in generale sono: le presentazioni molto voluminose e, fattore d'un'importanza capitale, il difetto,

cui abbiamo accennato, del tempo necessario a che i tessuti possano spiegar lentamente il loro massimo d'elasticità. È in questo ultimo elemento che deve ricercarsi per gran parte la ragione del fenomeno in apparenza paradossale, che le lacerazioni sono più frequenti nei parti prematuri o, in generale, alla sortita di una testa i cui diametri sono inferiori alla media (secondo si rileva dalle statistiche di Hecker, di Fasbender (1), di Liebmann (2), ecc.) per la rapidità colla quale essa viene spinta all'esterno prima che le parti molli abbiano avuto il tempo sufficiente a distendersi.

Oltre gli elementi della forza e della sua direzione, e del tempo, un terzo deve prendersi in considerazione: la resistenza dei tessuti, i quali nelle donne attempate, o albuminuriche ed edematose, o sifilitiche, o per cicatrici, o talvolta per altre condizioni generali non apprezzabili, hanno quella estrema fragilità che il Duncan paragonava alla carta bagnata e l' Hecker alla stoppa, e sono quindi fatalmente predisposti alle rotture.

Le lacerazioni prodottesi nell'ultimo periodo del parto, alle quali il Duncan dava giustamente una grande importanza, sia perchè, se anteriori possono dar luogo ad emorragie talvolta imponenti, in ispecial modo se giungono fino al clitoride; e se posteriori possono essere il punto di partenza o la causa predisponente di lesioni perineali gravi; sia perchè costituiscono una porta d'entrata all' infezione, debbono, anche attualmente (nonostante l'arme validissima della antisepsi) considerarsi un pericolo costante per la donna. In questo senso anche recentemente le considerava il Doederlein al Congresso di Ginecologia (3) tenuto in Monaco nel 1888, e realmente ogni soluzione di continuità nei tessuti mortificati, distesi, congestionati dal parto ed esposti al contatto facile delle materie fecali e degli scoli vaginali nel momento in cui, come bene dice il Pajot, il fenomeno dominante nella donna è l'intensità del riassorbimento, costituisce un ovvio e probabile accesso all' infezione.

---

(1) Fasbender. « Ueber Verletzung und Schutz des Dammes. » *Zeitschr. für Geburts und Frauenk,* II. Band, 1 Heft, p. 43.

(2) Liebmann. « Klinick Beobachtungen über Damm Rupturen. » *Zeitchr. f. Geburts und Gynak.,* I. Band, 2 Heft.

(3) Doederlein. « Gesellschaft für Geburtshilf zu Leipzig. » *Sitzung vom,* 16 Jannar 1888.

Può questa manifestarsi sotto forma d'un' infiammazione puramente locale e dar luogo ad un flemmone o ad ascesso, come nel caso di Tarnier e Bailly, nel quale in seguito ad una lacerazione montante fin presso l'arcata pubica, essi videro un ascesso formarsi al disopra del pube; oppure, ciò che è più frequente, quando non si interviene a tempo, possono aversi i fenomeni della setticemia. Il Vidal (1) ha difatti trovato nel secreto di piaghe vulvari di donne già in preda alla febbre puerperale, o che in seguito ne furono affette, lo streptococcus pyogenus dimostrato già da Doléris e da altri l'agente di questa infezione.

Ammesso dunque, secondo gli studi ricordati, che l'orificio vaginale offra nelle primipare la resistenza prevalente nell' ultimo periodo dell'espulsione, come è d'altronde noto che desso orificio è, quasi assolutamente, lacerato nel primo parto, il Budin è pure d'avviso che tali lesioni sieno di regola il punto di partenza tanto delle vaginali e vulvari, quanto delle perineali, le lacerazioni procedendo attraverso questi tessuti con quella estrema facilità che il Pajot ha paragonato allo stracciarsi della tela alla più piccola trazione, dopo averla intaccata colle cesoie.

A parte le innumerevoli screpolature che, secondo abbiamo veduto, nel contorno dell'orificio vaginale possono avverarsi, per non prendere in considerazione che quelle più comuni e più gravi producentesi posteriormente, senza dubbio le osservazioni del Budin sono evidenti, e la sua opinione sempre più conforme alla verità che non quella del Duncan (2) il quale crede invece che nella maggioranza dei casi la lacerazione cominci, per la esagerata distensione, dal bordo anteriore del perineo ossia dalla forchetta. Nell'avviso del Budin consentono ormai gran numero di autori moderni; ed a me stesso è occorso, assistendo nella clinica da lui diretta al parto d'una primipara, di osservare chiaramente il prodursi d'una lacerazione perineale per l'estendersi dall'interno verso l'esterno d'una screpolatura dell'orificio vaginale.

Certo si è però che accanto a questo modo frequente di produzione, le lacerazioni delle quali ci occupiamo possono pure esser primitive ed essenziali; e lo spaccarsi improvviso del triangolo compreso fra il cli-

---

(1) Vidal. Thèse de Paris. 1888.

(2) Duncan. Op. cit., pag. 481.

toride, le piccole labbra ed una linea orizzontale a livello del meato urinario (1), o del setto retto-vaginale (2), o delle ninfe (Auvard, Budin, ecc.); ed in ispecial modo la lacerazione centrale del perineo, o quella più rara della metà posteriore di esso, la vagina e la vulva restando intatte (Denman, Robert, Danyau) (3) ne sono la prova, nello stesso modo che si capisce ciò debba avvenire comunemente nelle multipare nelle quali l'orificio vaginale non offre più resistenza.

Qualunque sia il meccanismo secondo il quale vogliansi interpretare le lacerazioni perineali, è di sommo interesse conoscerne le cause momentanee efficienti durante l'espulsione o l'estrazione del feto, da ciò dipendendo una assistenza razionale atta a prevenirle o a limitarne l'estensione; ci compiacciamo quindi di potere avvalorare quanto andrò man mano esponendo colle opinioni che, dalla bocca dello stesso Budin, il quale ha una competenza tutta speciale sull'argomento, abbiamo avuto la fortuna di potere raccogliere, nella sua Clinica alla « Charité. »

Il momento più favorevole al prodursi delle lacerazioni è generalmente (nelle presentazioni di vertice, ad occipite ruotato normalmente in avanti), quello del disimpegno del diametro sottooccipito-frontale in ispecial modo per la prominenza delle due bozze frontali.

Tanto più facili sono le lacerazioni nel disimpegno della testa in occipito-sacrale: sono allora quasi fatali nelle primipare al passaggio del diametro occipito-frontale e delle bozze parietali che necessitano una eccessiva distensione e forzano specialmente nella metà posteriore dell'anello vagino-vulvare.

Possono finalmente prodursi, più tardi, quando anche il passaggio della testa sia stato innocuo, al momento del disimpegno delle spalle come M.e Lachapelle (4) ed altri hanno osservato in parti mal sorvegliati.

Nelle presentazioni di faccia (testa deflessa e regione sottomentoniera sotto il pube), la lacerazione può considerarsi quasi costante al passaggio del diametro sottomentoccipale che misura in media 2 cm. più che il sottooccipito-mentoniero nelle presentazioni di vertice (mentre la

---

(1) Duncan. Op. cit., pag. 474.

(2) Duncan. Op. cit., pag. 482.

(3) Marduel. « Nouv. Dictionnaire de méd. et chir. » Art « Perinée, » pag. 687.

(4) M.e Lachapelle. « Pratique des Accouch. » 1821, t. I., pag. 48.

circonferenza totale è aumentata da 4 a 5 cm.), l'occipitale essendo respinto indietro per l'appiattimento dei parietali.

Nelle presentazioni di podice le lacerazioni possono prodursi all'uscita delle anche, ma più di sovente si hanno nel disimpegno della testa ultima, quando si facciano trazioni senza fletterla, o si pratichi l'estrazione secondo i diametri occipitali, invece che sottooccipitali, avendo portato l'occipite sotto il pube.

Facilissime sarebbero le lacerazioni nel parto per la spalla, ma tal disimpegno deve considerarsi come eccezionale e generalmente sfuggirsi.

Nelle applicazioni di forcipe, l'anello vulvo-vaginale può rompersi talvolta prima che la testa sia sul piano perineale, quando le branche male applicate secondo un diametro troppo grande restino eccessivamente discoste fra loro. Allorchè invece la testa sia alla vulva, le lacerazioni avvengono, sia perchè si anticipi il disimpegno prima che il sottooccipite sia sotto il pube; sia nelle occipito posteriori; sia in generale, o perchè al momento in cui si rialzano i manici, l'estremità delle cucchiaie sporga al di là del livello della testa e forzi sul perineo, o quando si operi senza la lentezza sufficiente ad attendere la distensione dei tessuti, con una sollecitudine non giustificabile che in casi eccezionalissimi, qualche minuto di più raramente giovando al feto mentre si è quasi certi che nuocerà alla madre.

Nella versione le lacerazioni possono prodursi sia per l'introduzione troppo rapida della mano e dell'avambraccio, sia nei vari momenti della estrazione, secondo abbiamo accennato per l'espulsione in presentazione cefalica e podalica. Così per le altre operazioni ostetriche.

Data la estrema frequenza delle lesioni delle parti materne in generale, e le inevitabili lacerazioni dell'orificio vaginale nelle primipare (Duncan, Budin, Schroeder, Winkel, Olshausen, ecc.) con tutte le conseguenze delle quali abbiamo parlato, è precetto assoluto di praticare dopo il parto un attentissimo esame dei genitali. A tal uopo è consigliabile di porre la donna sul margine del letto nella posizione laterale o di Sims per ben giudicare, allargando le grandi labbra, della estensione o vulvare o perineale della lacerazione, specialmente se posteriore; nel decubito dorsale invece per esaminarne la profondità e la direzione nella parete vaginale, per giudicare se per avventura si limiti alla parte imenale di essa, se sia unica, se si estenda sulla colonna posteriore o da

un lato, o secondo descrive il Freund, si biforchi costeggiando i due lati di essa; e finalmente per accertarsi dell'origine di un'emorragia di cui si sappia non esser causa l'inerzia uterina.

A questa ispezione che deve farsi in luogo bene illuminato, e divaricando con una mano le grandi e piccole labbra, mentre si fanno irrigare, possibilmente di continuo, le parti con soluzione antisettica, devesi aggiungere l'esplorazione digitale, per assicurarsi se esistano lungo il canale vaginale lacerazioni o propagate o primitive; e l'esplorazione anale quando sia il caso di giudicare della rottura più o meno completa del tramezzo retto-vaginale.

Riscontrata una lacerazione, la condotta a tenere deve regolarsi a seconda della entità e della disposizione di essa. Prima però di parlare del trattamento è necessario dir qualche parola sui mezzi preventivi che debbono sempre mettersi in pratica nella assistenza d'una donna nell'ultimo periodo del travaglio, e su quelli stati proposti, con una utilità spesso fittizia, per evitare o limitare tali lesioni. Stanno in primo luogo: la posizione della donna, il sostegno artificiale del perineo, la regolarizzazione degli sforzi materni e dell'uscita delle parti fetali; in secondo i mezzi chirurgici intesi ad allargare volontariamente l'orificio vaginale e vulvare, e le manovre per far compiere artificialmente alla parte presentata i movimenti necessari alla espulsione.

Quanto alla posizione della donna in travaglio, più favorevole all'integrità del perineo, sembrerebbe — secondo anche l'opinione dell'Alt, del Tibone, dello Schroeder, ecc. (1) — quella carponi raccomandata dal Ludwig, la quale però per molte altre facili ragioni non è pratica. Delle due altre posizioni comunemente in uso, quella sul fianco sinistro, adottata in Inghilterra, offre ancora il miglior vantaggio, sia perchè, la testa essendo già nell'escavazione, l'inclinazione in avanti del piano anteriore del tronco materno è favorevole a che essa imbocchi bene l'arcata pubica; sia poi perchè permette di sorvegliar meglio il perineo e di tenere le gambe più avvicinate impedendo ch'esso sia troppo disteso mentre diminuisce la pressione che nella posizione supina ha il suo massimo posteriormente. Da una statistica dello Schroeder, riportata dal

(1) SCHROEDER. « Man. di Ost. » Op. cit., pag. 240.

Playfair, risulterebbe una differenza da 3. 75 0[0 di lacerazioni perineali avuta col metodo inglese, al 25 0[0 avute coll'altro. Il quale, usato quasi esclusivamente da noi e in Francia e in Germania ha invece il gran pregio della maggior comodità per la donna, e mentre facilita la discesa del feto nello scavo e la buona direzione delle forze espulsive, permette pure la facile sorveglianza del battito fetale, e quando si abbia cura come si usa in Francia di rialzare con un guanciale il bacino, la vista completa del perineo alla cui integrità si può così vegliare più attentamente.

Allo scopo di salvaguardare le parti materne, l'assistenza dell'ostetrico deve esser guidata da 4 indicazioni, che, nel caso tipico che prendiamo a considerare, nelle presentazioni di vertice, possono riassumersi così: 1.° impedire la uscita troppo brusca della testa in modo che le parti materne possano sviluppare tutta la loro elasticità; 2.° dirigere la presentazione direttamente verso l'orificio vulvare; 3.° favorire il movimento di estensione, e ciò solo quando il sottooccipite sia sotto il pube; 4.° sostenere il perineo.

Al complesso di queste indicazioni si può informarsi in vario modo con pari successo, molto dovendosi lasciare al tatto pratico dell'ostetrico cui solo le circostanze speciali d'ogni caso possono indicare le piccole particolarità tecniche le quali, generalizzate, non possono mai essere scevre da difetti.

Il metodo più utile e più comunemente adottato è — postosi l'ostetrico alla destra della partoriente — di applicare la mano omonima contro il perineo in modo che il palmo corrisponda alla sua convessità, il pollice sia all'esterno del gran labbro di destra, l'indice e il medio all'infuori del sinistro ed il bordo concavo fra indice e pollice foderi per così dire o si sovrapponga alla forchetta. L'avambraccio è fra le coscie della donna e il gomito il più possibile affondato sul piano del letto.

La mano sinistra è applicata col palmo avanti alla sinfisi pubica, mentre le estremità delle 4 ultime dita restano al davanti della vulva pronte, quando si presenti, ad appoggiarsi sulla testa fetale.

In tal modo ambedue le mani sono disposte ad opporsi ad una troppo rapida progressione della testa; di più si può, colla sinistra, aiutar questa a sgusciare dall'orificio vulvare, cominciando (Schroeder) a fare sfuggire la commissura anteriore al di dietro dell'occipite, ciò

che lascia all'orificio stesso assai spazio per completare l'uscita; colla destra, si aiuta la deflessione, al momento opportuno (1), premendo dal basso in alto sulle bozze frontali attraverso i tessuti, e, quel che è più, si provvede all'integrità del perineo sia rinforzando la commissura posteriore colla sovrapposizione dell'angolo interdigitale (Tarnier) fra il pollice e l'indice, sia portando con queste due dita del tessuto laterale, verso la vulva, in modo da aver panno sufficiente alla distensione (Playfair).

Nelle varie cliniche di Parigi abbiamo potuto osservare come si dia la massima importanza al ritardo dell'espulsione trattenuta in ispecie dalla mano sinistra, e alla pressione sulle bozze frontali per aiutare il movimento di estensione, mentre poco si provveda al sostegno diretto del perineo. La mano destra agendo difatti solo molto posteriormente non si presta per nulla a limitare la soverchia distensione dell'anello vulvare, nè, quando una lacerazione minacci, può venirgli in aiuto.

Questo concetto riguardo alla sorveglianza del perineo sembraci invero meno completo, sebbene in pratica basti in generale l'acquistar tempo perchè i tessuti si distendano a sufficienza, e, d'altro lato il sostegno praticato secondo abbiamo descritto non riesca sempre ad impedire lo schianto. L'insuccesso, inevitabile talvolta, ha condotto alcuni autori, come il Wigand, il Mende, il Leishmann ed altri a considerare del tutto inutile ogni manovra diretta al sostegno del perineo; ma una tale intervenzione è certamente a sufficienza giustificata e lodevole se, anche solo in qualche caso, riesce completamente, o se — come ben nota il Tibone nelle note allo Schroeder (2) — pur non evitando le piccole lacerazioni, mette al sicuro da quelle più grandi e più temibili.

Altri ha dato invece maggiore importanza alla buona direzione della testa nel momento della deflessione, e consigliato di aiutarla; così Goodell di Filadelfia proponeva di attirare il perineo in avanti per mezzo di due dita introdotte nel retto, mentre col pollice si cerchi di spingere la testa verso l'alto e defletterla.

Ritgen consiglia un processo simile: introdurre l'indice e il medio

---

(1) Algerman Temple. *British medical journal.*, 20 janu., 1886, p. 191.

(2) Schroeder. « Man. di Ost., » pag. 243

della mano destra nell'ano e andare ad uncinare, attraverso il retto, o il mascellare superiore o il mento, per far compiere artificialmente la rotazione della testa intorno alla sinfisi pubica. L'Olshausen, l'Ahlfeld e lo Schroeder approvano pure questa manovra, che il Fasbender eseguisce un po' diversamente nella posizione laterale: ma se ha qualche vantaggio bisogna però diffidarne molto, sia perchè la pressione sulla parete rettale porta non raramente una perforazione immediata o lontana del tramezzo retto vaginale, sia perchè la deflessione eseguita, ciò che è molto facile, troppo sollecitamente, fallirebbe lo scopo che si ricerca, mettendo in più grave pericolo il perineo. Devesi quindi tener ben presente alla memoria di ricorrerci soltanto (come abbiamo veduto molte volte far con successo al Budin e al Maygrier) per respingere in alto le bozze frontali quando esse sole restano a superare l'anello vulvare, e questo può resistere allo sforzo necessario, e — secondo l'opinione assoluta che abbiamo sentito esprimere dal Tarnier (il quale per lo avanti era incondizionatamente avversario alla manovra di Ritgen) in una sua lezione (1) del 7 febbraio 1891 — quando l'occipite sia bene disimpegnato dall'arcata pubica.

Il Bossi (2) ad evitare il pericolo di lesione del tramezzo retto-vaginale, consiglia di applicare il principio di Ritgen, ma facendo una pressione esterna o extra-rettale, premendo sulla regione compresa fra l'ano e la punta del coccige; ma tal manovra, se pur meno dannosa, è certo meno efficace.

In qualsiasi modo si sia riusciti a mantenere intatto il perineo all'uscita della testa, non bisogna dimenticare che anche l'espulsione delle spalle possono metterlo in serio pericolo, ond'è che anche durante questo tempo non bisogna lasciare di sostenerlo. A ciò le stesse precauzioni, gli stessi consigli validi per l'espulsione della testa, sono sicuramente ed a maggior ragione efficaci, nè crediamo possa avere utilità pratica la manovra recentemente consigliata dal Couder (3), aiuto superfluo, anche quando, ciò che non è frequente, si abbia il tempo di tentarla.

---

(1) Tarnier et Chantreuil. Op. cit., V. I, pag. 711.

(2) Bossi. *Arch. de tocol.*, 1887, pag. 942.

(3) Couder. « De la protection du perinée pendant le passage du tronc après la tête. » *Arch. de tocol.*, pag. 508-515.

Sovente anche tutte queste manovre non bastano: il bordo anteriore del perineo, estremamente teso, si fa sottile e biancastro, qualche smagliatura si produce, e la lacerazione perineale, secondaria o no, diviene inevitabile. Si è però proposto di sostituire alle cieche lacerazioni spontanee, delle incisioni artificiali preventive che allarghino a sufficenza l'orificio vagino-vulvare senza il pericolo dell'estensione dannosa della lesione verso l'ano.

Michaelis (1810) consigliò di praticare, a tale uopo, l'episiotomia, facendo una incisione di 2 o 3 cm. nel rafe mediano del perineo, nella speranza che questa basti a dare un allargamento sufficiente: in realtà però il pericolo non è schivato e non raramente avviene che l'incisione si estenda ed intacchi ugualmente lo sfintere anale.

Ritgen e Birnbaum consigliarono di praticare invece delle incisioni multiple, le quali non spoglie del pericolo inerente al metodo di Michaelis, offrono anche l'inconveniente delle molte cicatrici, spesso dolenti.

Eichelberg e Stoltz, due incisioni laterali. Questo ultimo processo ebbe partigiani, fra gli altri, il Dubois e il Depaul i quali praticavano le incisioni del terzo inferiore; Joulin nel quarto inferiore; Montfort appena al di sotto della metà dell'anello vulvare: e così Chailly Honoré, Lumpe, Chiari, Braun, Scanzoni, Schultze, ecc. Non è però privo di difetti, sia perchè di frequente anche le due incisioni laterali non impediscono il prodursi di qualche altra lacerazione e specialmente d'una centrale (spiegabile con tutta probabilità col meccanismo sostenuto dal Budin della propagazione d'una lacerazione dell'orificio vaginale) secondo hanno dimostrato, fra gli altri, Hecker, Arturo Edis, la Broomall citati dal Tarnier, e lo Schroeder (1), il Ribemont, il Budin (2); sia perchè lasciano spesso cicatrici dolorose e difformi e possono ledere il canale delle glandule vulvo-vaginali.

Tarnier usa praticare l'incisione mediana, prolungandola, quando essa non basti, per salvare lo sfintere anale, da un lato di esso, o da

---

(1) SCHROEDER. « Schwangerschaft Geburt und Wochenbett. » 1867, pag. 7.

(2) BUDIN. « Des lésions traumatiques chez la femme dans les accouchem. artificiels. » Thèse d'agr., 1878, pag. 37.

ambedue, dandole la forma di un Y rovesciato (Chantreuil); ma conviene, colla maggior parte degli ostetrici, che, in generale, bisogna essere il più che possibile sobri di tale intervenzione.

Quando ogni precauzione abbia fallito ed una lacerazione si riscontri, la natura del trattamento dipenderà, come già dicemmo, essenzialmente dalla gravità di essa, e, per le lesioni posteriori delle quali intendiamo parlare, se esse sieno limitate alla fossetta navicolare e alla forchetta (lacerazione di 1.° grado) (1), o si estendano al perineo senza giungere però allo sfintere anale (lacerazione perineale incompleta o di 2.° grado), o comprendano anche questo (perineale completa o di 3.° grado).

In epoca non lontana, quando i vantaggi meravigliosi dell'antisepsi non erano ancor venuti a sconvolgere ogni previsione chirurgica, poteva essere e vi fu questione sulla opportunità d'intervenire o no per la riunione di tali lacerazioni, e senza riandare ad epoca troppo remota, nel 1863 la Société de Chirurgie di Parigi si pronunziava contro ogni intervenzione risultandone generalmente un processo di suppurazione il quale non che diminuirli, aumentava i pericoli per la donna. Nello stesso modo anche Hegar e Kaltenbach favevano poco dopo le più grandi riserve all'intervenzione, riserbandola ai casi nei quali ci si trovi in condizioni tutt'affatto speciali di luoghi e di mezzi.

Oggi che l'antisepsi ben praticata assicura da ogni pericolo d'infezione, mentre non richiede, se bene intesa, nessuna special condizione difficile a raggiungersi ovunque, oggi è dovere ciò che allora era prudente evitare, e sarebbe certamente colpevole non intervenire, non solo per la riunione stessa della ferita costituente una paurosa porta d'infezione, ma per una riunione pronta, solida e regolare.

Può invece essere questione se convenga intervenire subito dopo il parto come consigliava già Dieffenbach (2) e come, secondo l'opinione prevalente attualmente, hanno consigliato Bérard (1841) Danyau

---

(1) Budin. Lezione fatta alla *Charité*, il 14 genn. 91. — Auvard. Chiama « Lacerazioni di 1.° grado » quelle limitate alla sola fossetta navicolare; ma essendo eccezionale che la lesione non attacchi la forchetta non ci sembra pratico farne una varietà speciale.

(2) Dieffenbach. « La chir. opérat. » Trad. Philipps, 1840.

(1843), Hegar, Tillaux, Schroeder, Broese, Luizy (1), Zannellis (2), Lebon (3), W. H. Wathen (4), Trélat (5), Hue, Doléris (6) ecc.; oppure debbasi attendere, come sostengono Guillemau, Roux (7), Nélaton, Verneuil, Terillon, Polaillon (8), Velpeau, Pajot, Charpentier ed altri, sia per tema della debolezza della donna, della contusione dei tessuti lacerati, dello scolo dei lochi (i quali il Doléris (9) ha del resto riscontrati asettici nei primi giorni del puerperio, se l'antisepsi vaginale è stata ben fatta e non c'è un'infezione già in corso); sia per la speranza della restaurazione spontanea del perineo, che Sédillot, Cazeaux, Charpentier hanno asserito non rara, ma sulla quale, almeno per le lesioni un po' estese, non è affatto da fidarsi (Dubois, Depaul, Boyer, Barnes) nè riguardo alla produzione, nè alla resistenza avvenire.

Ormai che, dato il sussidio della antisepsi, l'esperienza ha dimostrato l'adesione dei tessuti potersi ottenere perfettamente anche dopo il parto quando si può ancora usufruire del vantaggio d'un avvivamento recente e d'una semianestesia locale, non v'ha dubbio alcuno che si debba preoccuparsi subito dei pericoli che minacciano la donna ed intervenire immediatamente.

Lo scopo che, intervenendo, ci si propone di raggiungere, è, naturalmente, l'adesione perfetta e stabile delle superfici lacerate; ora nei casi (non frequenti del resto nelle primipare, nelle quali in ispecial modo tali accidenti hanno importanza) dove non si riscontra dopo il parto, che una piccola fenditura dell'orificio vaginale, magari estesasi sulla breve superficie della fossetta navicolare, il semplice avvicinamento delle coscie potrà bastare a mantenere il contatto necessario a questa adesione, e si

---

(1) Luizy. Thèse de Paris, 1883.

(2) Zannellis. « Perinéoplastie anatomique ou nouveau procédé pour restaurer l'état anat. du périn chez la femme. » *Arch. de Toc.*, 1890, p. 781.

(3) Lebon. Soc. Belge de Gyn., 23 mars 1890. *Ann. de Gyn.*, 1890, p. 384.

(4) Soc. americaine des obstétr. Washington, sept. 1888. *Ann. de Gyn.*, 1889, p. 64.

(5) *Arch. de Tocol.*, 1887, p. 512.

(6) Doléris. « Périnéorraphie immediatement après l'acch. » Soc. obst. de Paris, Séance 8 janv. 1885. *Arch. de Tocol.*, 1885, p. 174-178.

(7) Roux. « 40 ans de pratique chir. »

(8) Soc. de Chir. de Paris, Séance 5 avril 1874.

(9) Doléris. « Les lochies et les organismes inférieurs. » Mémoires des *Arch. de Tocol.*, 1883.

potrà contentarsi (dopo aver praticata una perfetta antisepsi della vagina e della piaga, ed aver posto davanti alla vulva un tampone di ovatta) di assicurarsi che, almeno per 24 ore le coscie non verranno divaricate, cingendole al di sopra del ginocchio con un asciugamano.

Ma quando la forchetta è lacerata e la fenditura ha intaccato il perineo, le superfici della ferita sono già abbastanza grandi perchè occorra maggior tempo alla riunione, perchè questa possa venire ostacolata dallo smuoversi di esse, dall'aggrumarvisi del sangue e suppuri. È quindi necessario provvedere alla stabile riunione delle superfici o per mezzo di serre-fines o colla sutura.

Le serre-fines, comode a portarsi e ad essere sterilizzate colla bollitura, facili ad applicare, quasi del tutto indolore, rendono per le lacerazioni non molto estese, ottimi resultati, sol che si faccia una buona antisepsi locale e s' impediscano i movimenti troppo bruschi. Al loro uso è stato obiettato come talvolta avvenga che lascino la presa e che la lacerazione da esse riunita non lo sia che superficialmente, potendo nello spessore le faccie cruenti rimaner discoste e provocar così una guarigione per 2.ª intenzione. Difetti questi, dei quali devesi solo imputare l' imperfetta applicazione, occorrendo che le branche delle serre-fines abbraccino una certa estensione di tessuto per agire colla doppia sicurezza della solidità e della perfezione; che ove esse sieno bene applicate, non solo la riunione delle piccole lacerazioni è perfetta, ma alcuni ostetrici ne hanno avuto buon esito per lesioni estese a gran parte del perineo.

Non son quindi privi d'esagerazione l'ostracismo che si vuol dar loro, nè la restrizione alle sole screpolature della fossa navicolare o del bordo della forchetta per le quali, soltanto, il Pozzi le crede efficaci; ma stimiamo precetto di buona pratica di usarle, secondo consiglia il Budin, anche per le lacerazioni assai superficiali che si estendono da uno ad un cm. e mezzo sul perineo, per queste essendo superfluo il far la sutura.

In condizioni più gravi crediamo invece sia doveroso ricorrere a quest'ultimo mezzo, il quale sarà quindi d'elezione per la più gran parte delle lacerazioni di 2.° grado e per quelle complete.

Le lacerazioni mediane del perineo, non comprendenti lo sfintere anale sono limitate da due faccie le quali presentano due bordi liberi,

l'uno costituito dalla mucosa vaginale, l'altro dalla cute del perineo, ed un terzo profondo che segna il limite della separazione dei tessuti. Le due faccie sono così più o meno regolarmente triangolari; e, divaricate, costituiscono una superficie quadrilatera divisa longitudinalmente in due parti uguali che si tratta di riunire.

Nella maggior parte dei casi i bordi dati dalla sezione della mucosa vaginale sono molto brevi in confronto a quelli perineali, i quali non passano di sovente al di là della commissura posteriore della fossetta navicolare ossia dell'orificio vaginale. Basta in questo caso una sutura diretta ad avvicinare il bordo perineale perchè le intere superfici della lacerazione vengano a contatto senza che occorra riunire i bordi della parete vaginale.

La sutura non offre difficoltà alcuna, nè richiede condizioni o strumenti particolari. Basta un ago curvo chirurgico comune (per maggior comodità maneggiato con un porta aghi); del catgut, che ha il vantaggio di riassorbirsi, o della seta che crediamo preferibile perchè più facile a portare, più solida, e perchè i punti possono togliersi quando l'adesione si giudichi sufficientemente sicura.

Nei reparti di ostetricia che abbiamo avuto l'opportunità di frequentare in Parigi, si usa il più generalmente la seta (bollita e tenuta in un liquido antisettico) pei punti superficiali; il catgut pei profondi. Così il Tarnier, il Pinard, il Bar e il Budin. Più favorevole al catgut abbiamo trovato il Maygrier e il Doléris e lo Champetier de Ribes il quale anzi ne fa un uso esclusivo, preparandolo appositamente col processo del Mikulicz. Il Ribemont-Dessaigne usa invece praticare le suture col filo d'argento.

La sutura deve essere naturalmente preceduta dall'antisepsi più scrupolosa delle superfici da riunire (le quali devono, ove occorra, essere regolarizzate) e delle mani con soluzioni di sublimato; degli aghi, della seta, delle pinze, colla bollitura.

Posta la donna in posizione ostetrica, praticata, se occorre, l'anestesia locale colla cocaina (1), si procede all'applicazione dei punti

(1) Pozzi. « Traité de Gynécologie. » Pag. 963. — Voelfer. « Ueber die anasthesirende Wirkung der Subcutanen Injectionen. » *Wiener med. Woch.*, 1885, n. 50.

cominciando dall'angolo inferiore della ferita, possibilmente sotto la salvaguardia e l'aiuto dell'irrigazione continua.

S'introduce l'ago circa a 1 cm. di distanza da uno dei bordi perineali della ferita e, passando interamente nella profondità dei tessuti (come nel processo di Simon per la perineorrafia tardiva), o traversando le due faccie della lacerazione in modo che un piccolo tratto del filo rimanga fra loro allo scoperto (ciò che nelle lacerazioni un po' profonde offre il vantaggio di evitare un raggrinzamento delle parti che verranno in seguito a riunirsi), lo si fa uscire alla stessa distanza dal bordo dell'altro lato. Si passano in tal modo 3 o 4 fili e si annodano in ultimo tempo cominciando preferibilmente dal basso. Se per avventura in qualche spazio i bordi della ferita restino beanti, si riuniscono con un punto superficiale. Terminata la sutura, si pratica una buona irrigazione vaginale, e si fa la medicatura della regione operata, con iodoformio o salolo ed un abbondante cuscino di cotone.

I punti in seta possono lasciarsi in sito 8 o 10 giorni, e devono togliersi soltanto quando la riunione delle parti appaia abbastanza solida.

Ove la lacerazione siasi molto estesa nella parete vaginale, e i due lati superiori del quadrilatero formato dalle superfici di sezione, sieno piuttosto lunghi, è necessario ravvicinar prima questi, cominciando ad applicare i punti di sutura, preferibilmente con catgut, dall'angolo superiore della lacerazione, e procedere verso il basso annodando punto per punto. Ricostituita in tal modo la parete vaginale, si procede, come nel 1.° caso, alla sutura del perineo.

Se, invece d'una sola lacerazione estesasi lungo la linea mediana della parete vaginale posteriore, si abbiano, come il Freund ha sovente osservato, due lacerazioni che costeggiano la colonna posteriore, si comincerà dalla sutura di ciascuna di esse nello stesso modo che abbiamo descritto. In questo caso si avranno due suture vaginali, quali il Martin ha immaginato nella sua Colpoperineorrafia pei prolassi uterini.

Quando finalmente la lacerazione sia completa, abbia cioè compreso lo sfintere anale o una parte più o meno estesa della parete rettale, le superfici di sezione si presentano in forma quadrilatera; un lato essendo costituito dal bordo vaginale, un secondo dal bordo perineale, un terzo dalla parete rettale, e l'ultimo dal limite profondo d'onde cominciano a discostarsi le due faccie della ferita.

In questo caso, essendo queste assai vaste, devesi ricorrere, secondo ho veduto praticare con successo dal Budin e da altri, alla sutura successiva dei 3 bordi liberi (rettali, vaginali e perineali), la quale nella maggior parte dei casi basta ad assicurare un'adesione perfetta; riserbandosi a riunire la parte più profonda delle due superfici con qualche punto perduto, solo quando la lacerazione sia eccessivamente estesa nel tramezzo retto-vaginale, o quelle non abbiano potuto essere a sufficienza regolarizzate per aver la sicurezza che sieno totalmente aderenti.

La sutura della parete rettale si pratica con tutta facilità a punti staccati; cominciando dall'alto ed annodando volta a volta, si riparano successivamente i vari tratti d'intestino. I punti si applicano con catgut, passando un ago curvo dall'interno verso l'esterno attraverso uno dei bordi della parete intestinale, e, con un giro completo, facendolo riuscire attraverso l'altro bordo dall'esterno verso la cavità rettale, nella quale i due corpi del filo si annodano. Riparato così con punti successivi tutta la divisione rettale e dello sfintere, la lacerazione viene ad esser ridotta in una di 2.° grado, per la quale deve praticarsi la sutura vaginale e perineale, secondo abbiamo descritto.

Allorchè la lacerazione sia estesa molto alto nel tramezzo retto-vaginale, sarà utile, come abbiamo accennato, cominciare dal riavvicinamento delle superfici di essa nella loro profondità con qualche punto perduto, al catgut o meglio con una sutura continua praticata dall'alto il basso, annodando un capo del filo sui bordi vaginali, l'altro sulla parete rettale.

È stato proposto, eseguita tal sutura profonda ad una o più strati, di continuare collo stesso filo a riunire anche i bordi rettali, perineale e vaginali, processo più sollecito e più elegante. Sebbene però e Doléris (1) che l'ha preconizzato, e Broese e Schroeder (2) e Hofmeier ed altri ne abbiano avuti buoni resultati, riteniamo che l'applicazione di punti staccati per le suture superficiali offra in generale il vantaggio di far combaciare più esattamente ciascun piccolo tratto dei tessuti, e maggior sicurezza che la sutura continua al catgut, la quale, se il filo si

---

(1) Doléris. *Arch. de Tocol.*, 1885.

(2) Schroeder. « Gesellschaft f. Geb. und Gyn. zu Berlin. » 13 Juin 1885. *Centralb. f. Gyn.*, 85.

riassorba o si rompa in un punto troppo presto, tutta viene a rallentarsi compromettendo l'esito dell'operazione. Così ci sembra preferibile di fissare alle estremità la sutura profonda, e di riunire a punti staccati con catgut la parete rettale; con seta i bordi vaginali e perineali della ferita.

Qualunque sia l'intervenzione atta a riparare una lacerazione perineale, è assolutamente necessario il ritenere che l'esito ne dipenda in principal modo da una antisepsi perfetta, come dall'asepsi della regione nei giorni che seguono. La sondatura uretrale della donna, consigliata da alcuni, non è necessaria, purchè si abbia cura di fare una buona toilette antisettica dei genitali esterni dopo ogni mizione. Quanto alle funzioni intestinali è più opportuno mantenere le deiezioni liquide, con leggieri purgativi, che di provocare la stitichezza la quale, se ha un vantaggio momentaneo, presenta in seguito l'inconveniente di necessitare, all'espulsione delle materie indurite, degli sforzi che possono compromettere l'esito delle suture.

I risultati della perineorrafia praticata immediatamente dopo il parto sono assolutamente ottimi: la riunione è solida; la ricostituzione delle parti, perfetta. Nelle esigenze della pratica ostetrica giornaliera pertanto, è necessario ricordare che, se la sutura è in generale il mezzo di riunione per eccellenza, nelle lacerazioni superficiali, anche si estendano per 1 cm. o 1 cm. e mezzo nel perineo, le serre-fines possono perfettamente farne le veci, offrendo così un mezzo semplicissimo cui ogni medico può aver sempre ricorso, mentre possono fargli difetto le condizioni e i mezzi necessari alla sutura.

Sebbene non ci siamo prefissi che di prendere in esame le lacerazioni immediatamente dopo il parto, è pur necessario dire qualche parola sull'intervento più o meno pronto, nel caso in cui le suture non abbiano tenuto, o la riunione dei tessuti troppo contusi non sia avvenuta, o non sia stata tentata, e ci si trovi di fronte ad una lacerazione beante ancora nei 2 o 3 primi giorni dopo il parto. Se gli autori sono in generale concordi nel consigliare la riunione immediata, non così lo sono in questo caso speciale; a parte però le molteplici opinioni teoriche, sta il fatto che nei primi 2 o 3 giorni le superfici della lacerazioni cicatrizzano facilmente, pel solo contatto, e che, anche fino al 5.° o 6.° l'adesione ha luogo, sol che vengano leggermente grattate col

cucchiaio tagliente: ond'è che la sutura è perfettamente indicata. Più tardi invece, necessitando un vero avvivamento più profondo, è consigliabile attendere un certo spazio di tempo, all'incirca un mese, perchè le condizioni generali della donna sieno migliori, e i tessuti decongestionati.

Trattando delle « rotture perineali » non si può passare sotto silenzio una varietà, la quale, se pur rara, offre una speciale importanza: vogliamo parlare della *lacerazione centrale*, ossia dello spaccamento più o meno esteso che avviene talvolta primitivamente nel centro del perineo.

Nelle primipare, nelle quali l'orificio vaginale offra una straordinaria resistenza, nello stesso modo che in tutti i casi nei quali si abbia una eccessiva e costante pressione diretta posteriormente, sia essa dovuta alle bozze frontali, o ad un occipito posteriore, o al rialzare troppo rapido dei manici d'un forcipe, o a qualunque altra causa, è stato non rare volte osservato come il perineo possa cedere nel suo centro, la cute si smagli ed uno stracciamento si produca più o meno profondamente. Può allora avvenire che l'orificio vaginale finisca col cedere a tempo e la lacerazione si limiti agli strati superficiali del perineo; talvolta invece essa si estende, risale in alto alla parete vaginale o spaccandola interamente o dando luogo ad un canale pel quale lo stesso feto come nel caso del *Simpson* può essere espulso.

Quando si assista alla minaccia d'una tal rottura del perineo, la cute del quale si veda smagliarsi, le manovre già descritte per regolare l'espulsione della parte fetale e modificarne la direzione, saranno il più sovente sufficienti a scongiurare il pericolo; altra volta potrà invece essere anche necessario incidere l'orificio vaginale o praticare l'episiotomia.

Allorchè finalmente non si riesca ad impedir la rottura, o si trovi già avvenuta, il miglior partito (sebbene Velpeau (1) ne abbia osservato di frequente la cicatrizzazione spontanea) è di riunire coll'incisione del tramezzo rimasto, il canale formatosi, colla cavità vaginale. Immediatamente dopo il parto si procederà allora alla regolarizzazione delle su-

---

(1) « Nouveau dict. de Méd. et de Chir. » Art. « Périnée. »

perfici da riunire, ed alla sutura loro come nelle lacerazioni di 2.º grado, aggiungendo, ove appaia opportuno, qualche punto profondo perduto. Ciò riuscirà molto più vantaggioso che la sutura dei bordi perineali della rottura centrale quale si è prodotta, lasciando non riunite le pareti del canale scavatosi; e, a maggior ragione delle serre-fines, le quali se hanno dato talvolta buoni risultati, devono considerarsi in questo caso, malsicure ed inefficaci.

Parigi, aprile 1892.

Prof. L. MANGIAGALLI

Tre casi di utero unicorne con corno rudimentale

LETTURA FATTA ALLA « ASSOCIAZIONE MEDICA LOMBARDA. »

L'interesse anatomico e clinico delle osservazioni che verrò esponendo è già per sè così grande che la loro narrazione e la dimostrazione di alcuni preparati che ad esse si riferiscono, sarà sufficiente, io spero, a giustificare la comunicazione che io ne faccio alla Società e a richiamare la vostra attenzione anche senza farne oggetto di speciale illustrazione dottrinaria. Nelle Società e, persino nelle Accademie, alle prolisse memorie, ai lunghi e dotti discorsi si sono sostituite narrazioni di fatti documentati, esposizioni statistiche, dimostrazioni anatomiche, cliniche, operatorie. È a questo spirito dei tempi per cui i fatti, i documenti, hanno così gran parte nella scienza come nella letteratura, nelle discipline storiche come in quelle morali che io mi uniformo, limitandomi a fare una nuda esposizione dei fatti e delle loro determinanti.

Prima credo però utile il richiamare, almeno brevemente, alcune nozioni embriologiche necessarie per una perfetta conoscenza dell'argomento. Lo farò sulla scorta di uno dei migliori trattati di embriologia, di quello di Hertwig. Voi sapete che tre organi embrionari, i corpi di Wolff, i canali di Wolff, e i canali di Müller sono destinati, tanto nell'uomo che nella donna, allo sviluppo degli organi genitali. I corpi di Wolff danno luogo al testicolo nell'uomo, all'ovaio nella donna, mentre i canali di Wolff, nell'uomo, formano l'epididimo ed il canale deferente, e, nella donna, si atrofizzano, scompaiono, lasciando vestigia di sè fra

l'ala media e quella posteriore del legamento largo, nel paraovario, serie di canali quasi a forma di pettini impiantati sul canale di Wolff. Invece i canali di Müller, il cui studio a noi interessa per spiegare le anomalie osservate, subiscono modificazioni inverse di quelle dei canali di Wolff, progressive cioè nella donna, regressive nell'uomo. È noto come trombe, utero, vagina, sieno appunto formati dai canali di Müller che, nei vertebrati inferiori, sarebbero una derivazione dei canali di Wolff, mentre nei rettili, negli uccelli e nei mammiferi, secondo le ricerche di Waldeyer, di Braun, di Gasser e di altri, sarebbero una formazione assolutamente indipendente. Qualunque sia la loro origine, essi si formano allo stesso modo nei due sessi; così in un feto umano d'otto settimane non possiamo ancora distinguere il sesso se non ci aiutiamo col microscopio. È in un'epoca ulteriore che i canali di Müller subiscono evoluzioni differenti nei due sessi. Nel maschio la parte media si atrofizza completamente e delle due estremità superiore ed inferiore, restano vestigia, di questa, nell'utricolo prostatico detto anche utero maschile, ma che secondo Tourneux corrisponderebbe sopratutto alla vagina, pochissimo apparente nell'uomo, mentre assume un volume importante nei carnivori e nei ruminanti (Weber), di quella nell'idatide che è in rapporto coll'epididimo. Nella femmina subiscono invece evoluzioni progressive. Collocati lungo il margine di quella ripiegatura peritoneale, alla quale è fissato l'ovaio e che più tardi dà origine al legamento largo, alla loro entrata nel bacino si avvicinano, si pongono a mutuo contatto nel piano mediano e si uniscono nel *cordone genitale*, per cui possiamo dividerli in due parti, l'una contenuta appunto nel cordone genitale, l'altra lungo il margine del legamento largo. Quest'ultima parte dà origine alla tromba uterina e al suo padiglione; l'altra, per fusione del tramezzo, all'utero e alla vagina. Le figure sulla tavola, dovute alla cortesia del dott. Decio, illustrano appunto quanto sono venuto dicendo. Dall'arresto di sviluppo o parziale fusione dei due tubi di Müller in quella parte destinata a formare utero e vagina, derivano tutte le anomalie di prima formazione dell'uno e dell'altra che possono essere diversamente associate. Se noi immaginiamo che manchi la fusione de' due tratti medii, destinati a formare l'utero, noi avremo l'utero bicorne, qualora si sviluppino entrambi i tratti, quello di destra e di sinistra. Ma, pur senza fondersi assieme, uno può svilupparsi completamente e l'altro

incompletamente, ed allora abbiamo la varietà dai più distinta col nome utero unicorne con corno rudimentale. Lo sviluppo incompleto del corno rudimentale può essere di grado diverso, potendo questo essere canalizzato ovvero no e potendo variare i suoi rapporti sia coll' altro corno uterino sia colla vagina.

Nei tre casi che formano l'oggetto di questa comunicazione, in due eravi soltanto l'anomalia uterina, nell' altro all' anomalia uterina era associata la mancanza della vagina per mancato sviluppo dei due tratti inferiori dei canali di Müller. A quale epoca della vita embrionale dobbiamo noi far risalire le anomalie accennate? Fürst divide lo sviluppo uterino in cinque periodi. Il primo dalla fecondazione all'ottava settimana è il periodo di prima formazione, è quello in cui si sbozzano e si sviluppano gli organi embrionali accennati; cominciano appena a differenziarsi i sessi negli organi essenziali e per la fine di questo periodo è caratteristico che non sia ancora cominciata la fusione del setto che nel cordone genitale separa i due dotti di Müller. Il secondo periodo dall'ottava alla dodicesima settimana è quello appunto in cui avviene detta fusione ed è quindi verosimilmente a tale epoca della vita fetale che dobbiamo far risalire la genesi delle anomalie summentovate. Il terzo periodo va dalla 12.ª alla 20.ª settimana, il quarto dalla 20.ª settimana alla fine della vita fetale e vi si compiono successivamente quelle trasformazioni essenziali per cui genitali esterni ed interni prendono l'atteggiamento che presentano alla nascita, che non è però definitivo, poichè nel quinto periodo extra fetale, che va dalla nascita alla pubertà avvengono altre modificazioni per cui si distinguono appunto l' utero fetale e infantile da quello pubere.

Le mie osservazioni non presentano però soltanto un interesse teratologico, ma ne offrono uno grandissimo clinico, perchè l'utero, anomalo per difetto di prima formazione, divenuto in un caso sede del prodotto del concepimento, in un altro sede di produzione neoplastica, in un terzo provocando attorno a sè processi infiammatori, fu per il clinico fonte di difficoltà diagnostiche notevoli, in due casi non superate, e, per il chirurgo, occasione di operare in circostanze eccezionali. Due dei casi accennati sono di spettanza ginecologica, uno di spettanza ostetrica ed è in tale ordine, che corrisponde del resto a quello cronologico delle osservazioni, che io ne farò la esposizione.

Osservazione I.

Mancanza della vagina — Voluminoso fibroma di un corno uterino — Esportazione mediante laparotomia — Morte.

V... Teresa, d'anni 31, di Cannero, entra nel Comparto ginecologico il 9 dicembre 1890. Non ebbe mai malattie di qualche importanza in passato. Dice di non essere mai stata mestruata prima dei 25 anni, età nella quale prese marito, ma aggiunge che dopo il matrimonio ebbe a periodi irregolari, due o tre volte all'anno, perdite sanguigne molto scarse che essa qualifica come menstruali e che fanno completamente difetto da quattro mesi. I contatti sessuali ebbero sempre luogo, a dire della donna, quantunque dolorosi ed incompleti. Da due mesi circa accusa forti dolori al ventre, specialmente al quadrante inferiore di sinistra, ed è pure da tale epoca che si sarebbe accorta del volume accresciuto del ventre. L'esame generale non rileva nulla di speciale, tranne una gracilità evidente di tutto lo scheletro, che si appalesa meglio nella pelvi, ben proporzionata, sviluppata armonicamente, ma evidentemente ristretta in tutte le sue dimensioni. Le mammelle sono discretamente sviluppate, l'areola vera è pigmentata, presenta un notevole sviluppo di tubercoli di Montgomery, havvi una evidente secrezione lattescente, non havvi invece formazione di areola secondaria. L'addome è disteso da una voluminosa tumescenza sferoidale che occupa tutta la regione sottoombellicale, poco mobile nel senso trasversale, ma suscettibile di essere elevata dall'area dello stretto superiore, entro il quale sembra adagiata. Essa è affatto indolente alla pressione, non è fluttuante, la sua superficie è liscia, regolare, essa è di una consistenza speciale come di un sacco a pareti spesse, enormemente teso. L'ascoltazione è negativa. Non havvi alcuna modificazione o alterazione apprezzabile della cute dell'addome.

All'esame addominale feci seguire il riscontro vaginale che praticai lasciando la donna coricata nel letto in cui si trovava e senza scoprirla. Riporto qui testualmente il reperto dettato in quel primo esame, quantunque non corrispondente al vero, appunto per dimostrare a quali erronei apprezzamenti possa condurre un esame fatto in condizioni non favorevoli anche coloro che hanno famigliarità coll'esame ginecologico: « La vagina è molto breve ed angusta, è appena accennato « il fornice vaginale posteriore, convesso quello anteriore e spinto molto in basso « da quella stessa tumescenza rilevata coll'esame addominale che si insinua entro « la pelvi e che presenta gli stessi caratteri già indicati. Non rilevai traccia di « porzione vaginale del collo; spingendo il dito rasente la sinfisi pubica, a metà « altezza di questa rilevasi un orificio scolpito quasi nello spessore della parete « vaginale anteriore a margini molto taglienti, che, superato con qualche difficoltà, « dà adito ad una cavità a superficie tomentosa, attraverso le pareti della quale « si avverte una massa sferica molto consistente, voluminosa, quella stessa già « rilevata cogli esami antecedenti. Con nessuno di questi si riuscì a determinare « accanto alla tumescenza la presenza di un corpo coi caratteri dell'utero. »

L'esame venne ripetuto l'indomani sul lettino ginecologico e trascrivo qui pure quanto è consegnato alla storia clinica:

« Perineo, grandi e piccole labbra, clitoride normali. Il meato urinario molto « sfiancato dà facile accesso alla vescica, la quale è ricacciata in basso e un « po' a destra. La vulva è completamente chiusa da una espansione mucosa, la « quale si introflette facilmente per circa quattro centimetri, costituendo così una « specie di canale copulatore. Durante questa introflessione il meato urinario è « portato in alto entro la pelvi contro la sinfisi pubica. Al davanti di detto se- « pimento mucoso non c'è traccia di membrana che ricordi l'imene. Facendo l'esame « combinato retto-vescicale, introducendo in vescica sia il catetere che il dito, non « si rileva alcun corpo frapposto fra parete vescicale e rettale, che paiono in in- « timo contatto. Introflettendo l'accennato sepimento mucoso, questo viene ad in- « terporsi per un certo tratto fra il dito che esplora il retto ed il catetere che è « in vescica. La tumescenza accennata, sia dal retto che dalla vescica, appare tesa, « elastica, insinuata entro la pelvi, in rapporto col retto posteriormente, colla ve- « scica anteriormente. Essa può elevarsi alquanto, sospingendola col dito. Poste- « riormente o lateralmente ad essa non si riesce a determinare la presenza di « corpi che abbiano il carattere dell'utero o delle ovaie. »

Questo esame completava e spiegava l'esame antecedente. Il dito esploratore, nel primo esame, creava cioè una vagina breve, angusta, respingendo il sepimento che chiudeva la vulva e questo traeva con sè il meato urinario, attraverso il quale, dilatato per gli avvicinamenti sessuali, il dito penetrava in vescica.

Constatato così un ordine di fatti, che cioè la vagina fosse atresica, o più probabilmente mancante, si doveva interpretare la natura della voluminosa tumescenza che occupava tutta la regione sotto ombellicale e l'interpretazione che *doveva* parere più ovvia, più logica, era che si trattasse di una vasta raccolta sanguigna accumulatasi nell'utero nei catamenii antecedenti, e *per un ostacolo che risiedesse nell'utero stesso nella sua porzione cervicale*, poichè altrimenti la vagina se esistente, quantunque atresica, avrebbe dovuto pure distendersi e tendere il sepimento che la separava dalla vulva, doveva cioè ad un ematometra andare congiunto un ematocolpo, del qual ultimo mancava assolutamente ogni segno. In presenza di tali fatti, decisi di incidere il sepimento accennato allo scopo o di entrare nella vagina eventualmente esistente, o di crearne una facendomi strada fra la vescica e il retto fino alla tumescenza e dare esito al sangue in questa contenuto. Seduta stante, cloroformizzata la donna, incisi trasversalmente per quattro centimetri il sepimento vulvo-vaginale suscettibile di essere introflesso. Scollando quindi i tessuti in-

terposti fra uretra e vescica da una parte e retto dall'altra e proseguendo lo scollamento in alto per circa quattro centimetri, non si rileva presenza di canale vaginale, si rileva anzi per mezzo dell'esame combinato vescico-rettale, digito strumentale e bidigitale, come vescica e retto non sieno separati che da una trama cellulare, la quale, lassa in basso, va stipandosi in alto, rendendo intima l'unione dei due organi, cosicchè ogni tentativo di procedere ulteriormente nello scollamento avrebbe condotto inevitabilmente alla lesione di uno di essi o di entrambi; per cui, fatta l'emostasi, procedetti alla sutura della breccia mediante seta, deciso di ricorrere alla via laparotomica, sempre convinto che si trattasse di un voluminoso ematometra da atresia cervicale. Un solo fatto non si accordava con questo diagnostico, la possibilità cioè di spostare alquanto la tumescenza in alto, poichè difficilmente un utero disteso in tal modo per accumulo di sangue avrebbe potuto permettere una rilasciatezza de' suoi attacchi da concedere un suo sollevamento di grado discreto. Ma a questa obbiezione che pure si presentava alla mia mente, non accordai importanza, sia perchè convinto che nel campo clinico bisogna attenersi alle ipotesi più facili, più piane, sia perchè ogni altra ipotesi sollevava obbiezioni più grandi. E quale ipotesi più ovvia, più piana di quella colla quale si ammetteva una raccolta sanguigna uterina in una donna mai stata menstruata, poichè le perdite sanguigne, che diceva di avere avute dopo il matrimonio in modo irregolare, erano certamente dovute a piccole lacerazioni causate dagli sforzi copulatori, e nella quale erasi constatata l'assenza della vagina? La laparotomia venne praticata il 20 dicembre 1890. Incise le pareti addominali sulla linea mediana dal bellico al pube, apparve una tumescenza rossiccia come chiazzata perchè il rossore non era uniformemente distribuito, solcata da vene piuttosto grosse e che dava l'apparenza come di un utero disteso dal prodotto del concepimento. Il senso di elasticità era così evidente da indurmi a pungere la tumescenza prima con un ago di Pravaz, poi con un ago cannula unito all'aspiratore di Potain, ma con esito assolutamente negativo. Nella supposizione sempre che l'utero fosse disteso da sangue e che questo per la sua consistenza non potesse essere aspirato, feci una piccola incisione longitudinale quanto poteva bastare per dar passaggio all'indice, ma anche questa con esito negativo. Ampliando allora in lunghezza e approfondendo l'incisione, questa si addentrò in una massa fibrosa che

conservava i suoi caratteri anche approfondando notevolmente l'incisione. Allora mi provai a sgusciare la tumescenza dalla breccia addominale, il che riuscì senza grandi difficoltà. Essa aveva la forma di un uovo gigantesco, colla estremità più grossa in alto; dal suo terzo inferiore, a sinistra partiva una tromba alquanto breve che faceva capo ad un ovaio rudimentale piuttosto allungato. L'estremo inferiore dell'ovoide era come annicchiato entro lo stretto superiore tra vescica e retto, mentre al disotto della tromba una larga espansione sierosa correva verso la parete pelvica dello stesso lato, e dalla parte bassa di questa espansione sie-

FIGURA 1.ª

rosa partiva verso il lato opposto come una specie di cordone fibroso inguainato nella sierosa che faceva capo ad un altro corno uterino, rappresentato da un corpicciuolo della grandezza di una piccola mandorla e che doveva essere considerato come tale, perchè ad esso facevano pure capo una tromba ed un ovaio. Riguardo alla tumescenza bisognava arrendersi all'evidenza per quanto strana fosse la realtà; si trattava cioè di un voluminosissimo fibroma sviluppato in un corno uterino. Poichè era possibile la formazione di un peduncolo si strinse con un doppio laccio l'espansione sierosa che colla tromba e col legamento ovaro pelvico formavano il peduncolo, ed escisa la tumescenza, questo si affondò, suturando mediante seta la ferita addominale. Esaminato il pezzo si vide come si trattasse di un vero e proprio miofibroma sviluppato in

cavità poichè il guscio uterino era facilmente scollabile dal tumore, tranneché per una estesa porzione in alto ed all'esterno dove prendeva attacco al parenchima uterino, col quale si immedesimava.

Nella sera e nel giorno successivo non vomito, non febbre, non dolori, non meteorismo, solo il polso facendosi progressivamente frequente e piccolo, nella notte dal 21 al 22 dicembre, mi decisi a riaprire il ventre sospettando di una emorragia interna, che pur troppo si constatò alla riapertura dell'addome. Sgombrato rapidamente il campo operatorio dei grumi interposti, si constatò come la parte esterna del peduncolo fosse sfuggita alla strettura del laccio: afferrata con più pinze la parte sfuggita e con un'altra pinza la parte del peduncolo ancora stretta, si applicò al disotto dei loro morsi un cordoncino di gomma che venne stretto con un grosso filo di seta. Completata la teletta del peritoneo, si rinchiuse nuovamente la breccia addominale. Nei giorni successivi l'operata non presentò nè vomito, nè meteorismo, nè aumento termico, ma le forze andarono progressivamente diminuendo, ed il 24 essa soccombeva al collasso.

L'autopsia non rilevò nulla degno di nota e neppure un'anemia spiccata. Non eravi alcun segno di peritonite, soltanto nelle parti più declive era raccolto qualche cucchiaio di sangue che la toeletta non aveva rimosso. Esportati gli organi pelvici in massa, essi costituiscono il preparato che loro presento. Presento pure il disegno dovuto al dott. Decio (V. figura 1.ª) che raffigura il tumore esportato unito al peduncolo in corrispondenza del laccio elastico.

Osservazione II.

Corno uterino ipertrofico impervio con periovarometrite — Esportazione mediante laparotomia — Guarigione.

G.... Regina, d'anni 18, contadina, nubile, di Besana Brianza, entra nel Comparto ginecologico il 16 febbraio 1891. Nulla di gentilizio. Ebbe una gastrite a 8 anni, fu menstruata la prima volta a quattordici anni regolarmente e anche le successive menstruazioni non presentarono irregolarità notevoli, tranne brevi interruzioni. È nullipara. Da un anno va soggetta a dolori addominali pressochè continui, molestissimi, localizzati specialmente al quadrante inferiore destro, che la costringono a lunghi periodi di degenza a letto e contro i quali erano state

adoperate invano moltissime cure. Nei tre mesi prima del suo ingresso le mestruazioni erano state più scarse del consueto, l'ultima erasi verificata il 29 gennaio.

L'esame generale è negativo e non rileva che le note di una discreta anemia. È apirettica, le urine sono senza albumina. I genitali esterni sono sani, ben conformati, presentano i caratteri di nulliparità e di verginità. L'orificio imenale è però facilmente superabile dal dito esploratore. L'utero è piccolo, mobile, antiflesso, spostato in totalità a sinistra per retrazione del legamento largo corrispondente. Attraverso la volta vaginale destra, molto più ampia della sinistra, avvertesi una tumescenza sferoidale, piuttosto consistente, a superficie non del tutto regolare, della grandezza apparente di un uovo, separata da un solco evidente dall'utero, molto dolente alla pressione, fissa al fondo pelvico. In base ai dati accennati si fece diagnosi di ovarite e paraovarite, non escluso il dubbio, a spiegare la consistenza e la ineguaglianza della tumescenza nella sua parte inferiore, che si potesse trattare eventualmente di una piccola cisti dermoide, delle quali, esemplari erano stati esportati recentemente.

Il 22 febbraio si manifesta la mestruazione che cessa il 25. L'ammalata si conserva apirettica, ma i dolori continuano vivi, malgrado le cure messe in atto, la tumefazione presenta gli stessi caratteri, e insistendo la paziente per essere operata, viene eseguita l'operazione l'11 marzo.

Incisione di otto centimetri circa delle pareti addominali negli strati cutanei ed aponeurotici e di 5 del peritoneo. L'esplorazione fatta attraverso alla breccia rileva nel fondo della pelvi a destra un corpo ovoideo liscio, duro, in vicinanza immediata del quale si avverte un altro corpicciuolo che per la sua forma e consistenza ricorda l'ovaio; detto corpo ovoideo è piuttosto strettamente vincolato alle parti circostanti, per cui a stento si riesce ad isolarlo dalle sue aderenze ed a portarlo in corrispondenza della breccia addominale. Alla sua ispezione risulta tosto trattarsi di un utero unicorne ovvero del corno destro di un utero bicorne, perchè ad esso fanno capo gli annessi di destra. Il suo volume è all'incirca triplo di quello di un utero normale, la forma è ovoidea, la consistenza molto dura. A questo punto l'esame combinato vagino-peritoneale dimostra che detta tumescenza non è punto unita alla porzione vaginale del collo, la quale invece si continua a sinistra con un altro corpo che rappresenta l'altro corno uterino flesso e che, all'esame praticato prima della operazione, si era interpretato come l'utero normale ed entro il quale era penetrata la sonda uterina. Fatto così sicuro non solo che la tumescenza era il corno uterino di un utero bicorne, ma che esso era impervio, dato il suo aumento di volume, sia nella ipotesi che potesse essere sede di prodotto del concepimento nel primo o nel secondo mese, sia nell'altra ipotesi che potesse essere sede di prodotti mestruali accumulati, ipotesi giustificata dal volume e dai dolori sofferti in antecedenza, e, ad evitare in ogni modo che ciò si verificasse in avvenire, era giustificata la sua ablazione. Siccome il legamento largo che gli corrispondeva colle sue ripiegature, decorreva breve, rigido alla parete pelvica, non era possibile applicare un laccio elastico al corno uterino stesso senza avere prima frazionato mediante legature, e inciso detto legamento largo; il che fatto mediante seta, venne applicato come laccio elastico una siringa di Nelaton mediante il portalaccio di Pozzi. Escisa la massa sovrastante, il peduncolo venne affondato. Il corno uterino era canalizzato, ma realmente impervio

come dimostrava la sua cavità scolpita tutta quanta nel pezzo esportato. La cavità era molto piccola, eccentrica, situata piuttosto all'avanti, mentre il tessuto uterino in basso ed all'indietro, addensandosi e atteggiandosi a strati irregolarmente concentrici, offriva come l'aspetto di un fibroma interstiziale, tranne che non c'era una capsula, ma le fibre si intrecciavano con quelle della trama delle pareti. La cavità era tappezzata da uno strato di sangue coagulato dello spessore di qualche millimetro. L'ammalata usciva guarita il 27 aprile.

Osservazione III.

Gravidanza nel corno uterino impervio — Esportazione mediante laparotomia — Guarigione.

C.... Vittorina, d'anni 19, contadina, maritata e domiciliata in Velate Milanese, entra nel Comparto ginecologico il 13 ottobre 1891. Non havvi nulla di gentilizio. Soffrì di reumatismo articolare a 14 anni. Ebbe a 15 anni la sua prima mestruazione, che poi fu sempre regolare fino al settembre 1890. Nell'ottobre successivo e verso la fine del mese l'ebbe molto scarsa e così pure per sei mesi consecutivi, nel quale periodo di tempo il ventre crebbe progressivamente. Nel maggio 1891 ebbe perdita sanguigna con espulsione di una membrana, il che venne qualificato per aborto. La paziente non sa dare indicazioni precise sul volume del ventre prima e dopo il presunto aborto, dopo il quale i mestrui ricomparve colla consueta quantità e durata; fu sempre apirettica. La nutrizione generale è mediocre, all'apice polmonare sinistro si ha una risonanza più alta e breve, i toni cardiaci sono normali, il fegato sporge leggermente dall'arco costale, l'area splenica è normale, le urine non contengono albumina, il mitto è normale, l'alvo è piuttosto stittico. Le mammelle non presentano modificazioni accentuate, l'areola vera è un po' pigmentata. Alla regione ipogastrica si nota una tumescenza sferoidale piuttosto dura, indolente, che si spinge fino a due centimetri dal bellico ed è suscettibile di movimenti nel senso trasversale. L'ascoltazione è negativa. Coll'esame combinato addomino-vaginale si rileva che l'utero è piccolo, antiflesso e retroverso nello stesso tempo, cacciato in totalità posteriormente e a destra dalla tumescenza notata che si insinua con un suo segmento nella pelvi ma può essere completamente mobilizzata; essa non offre rapporti di continuità coll'utero stesso. La vescica è spostata lievemente a destra.

A quale organo apparteneva, di quale natura era la voluminosa tumescenza rilevata coll'esame addominale e col riscontro vaginale? Non poteva trattarsi di un fibroma uterino poichè si poteva constatare la sua indipendenza dall'utero. L'ipotesi di un tumore solido ovarico aveva maggiori probabilità, ma la sua posizione per sè e la sua posizione relativa all'utero non erano comuni, trattandosi di un tumore ovarico

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS OF ENGLAND
28 JUN 92
LIBRARY

A.H. & B.S. SAWYER, MILWAUKEE.

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS OF ENGLAND
28 JUN 92
LIBRARY

mobile di mediocre volume; d'altra parte l'esame combinato non riusciva a fare rilevare qualche vincolo del tumore coll'utero, il quale appariva come smussato nel suo fondo nella parte prospicente il tumore. Era poi presente al mio spirito il primo caso che ho riferito e che fatta astrazione dalla mancanza della vagina, poteva per molti riguardi paragonarsi a questo e nella storia anamnestica eravi qualche cosa di non ben definito che chiamava l'attenzione del clinico anche nel campo ostetrico ed è per ciò che mi dimandai se per avventura non mi trovassi nuovamente di fronte ad una anomalia di prima formazione e se la tumescenza rilevata e indipendente dall'utero non fosse un corno uterino che avesse raggiunto l'accennato volume o per neoplasma in esso annidatosi, o per sangue menstruo in esso raccoltosi o per prodotto di concepimento in esso sviluppatosi. Ma era specialmente in quest'ultimo concetto che mi raffermava l'analisi dei fatti rilevati dall'anamnesi. La donna aveva avuto scarsissime mestruazioni dal novembre 1890 al maggio 1891, ed in tale periodo il ventre si era tumefatto progressivamente. Nel maggio si ebbe una emorragia con espulsione di una membrana che si considerò come aborto, che però non si potè constatare in modo preciso, obbiettivo; dopo il presunto aborto, le mestruazioni riprendono regolarmente, il ventre cessa di crescere ma non si riduce al volume normale. A questi fatti culminanti dell'anamnesi era lecito contraporre altrettante ipotesi, che cioè ai sei mesi di amenorrea relativa corrispondesse una gravidanza nel corno di un utero bicorne, rudimentale o no, che l'aborto presunto del mese di maggio non fosse che la espulsione della decidua del corno non gravidico, che a tale epoca soccombesse invece il prodotto del concepimento contenuto nell'altro corno e non venisse espulso perchè questo era impervio e rimanesse corpo estraneo nella cavità uterina, avviato a quelle alterazioni che possono condurre alla formazione di un litopedio. Poichè le ipotesi si prestavano a darmi la migliore spiegazione dei fatti osservati formulai il diagnostico; *ritenzione di feto morto e mummificato nel corno impervio di un utero bicorne;* solo in via secondaria accennai alla possibilità di un tumore ovarico solido. Guidato da tali concetti praticai la laparotomia il 31 ottobre. Incisione dal bellico al pube, sgusciamento facile di un tumore della grandezza di un utero gravido di cinque mesi circa che ha l'aspetto esteriore di un grosso fibromioma. Esaminato diligentemente a questo punto il campo operatorio si rileva

a destra, e all'indietro della tumescenza un utero di grandezza un po' minore della norma, dal cui angolo destro si dipartono legamento rotondo, tuba, legamento utero-ovarico che fa capo ad un ovaio un po' inferiore alla media, situato normalmente e nel quale non si rileva nè al tatto nè alla vista alcun corpo luteo appariscente. Dal margine sinistro di detto utero, che verso il suo angolo superiore si va smussando e dalla sua parte inferiore, parte una espansione membraniforme d'aspetto sieroso che fa capo alla parte inferiore destra della tumescenza, mentre dalla parte alta sinistra di questa partono una tromba di volume e lunghezza

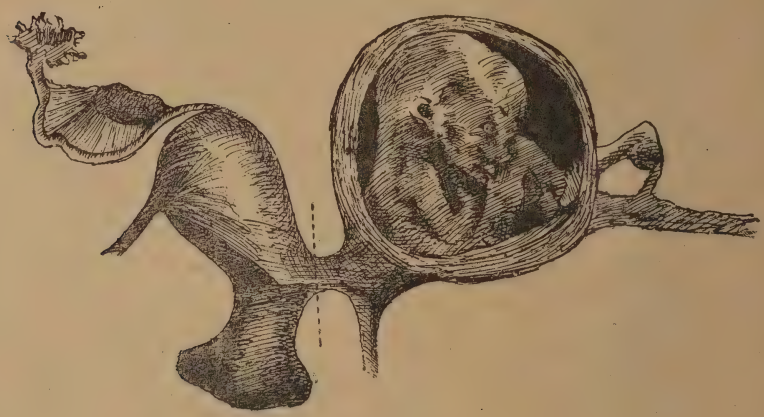


Figura 2.ª

normale che fa capo all'ovaio corrispondente e un legamento rotondo regolarmente sviluppato. La diagnosi era dunque confermata riguardo all'anomalia uterina. Riesce facile il peduncolamento dell'utero, in modo da esportare in totalità il corno uterino così notevolmente sviluppato; la legatura del peduncolo si fa con seta e col nodo di Bantock ed il peduncolo si affonda. Il decorso post-operatorio fu regolarissimo e la donna uscì guarita il 20 novembre. Presento loro l'utero esportato e alcuni disegni.

La figura 2.ª rappresenta l'utero esportato aperto e unito al corno uterino rimasto in sede. La fig. 3.ª il corno uterino esportato in connessione col feto estratto, ancora unito per mezzo del cordone: la fig. 4.ª dimostra l'impianto placentare. Aperto l'utero si vide trattarsi appunto di

corno uterino impervio occupato da un feto notevolmente raggrinzato e sul quale sono applicate le membrane per assorbimento del liquido amniotico. La placenta è inserita sul segmento inferiore. Non faccio una descrizione più dettagliata del pezzo importante perchè potrà dar luogo a studii di qualche interesse, sia sulla decidua che da alcuni ritiensi non formarsi o formarsi in modo differente e presentare caratteri peculiari in simili casi, sia sul modo d'impianto della placenta. Una circostanza importante devo notare, l'ovaio ad esso unito presenta evidenti vestigia di voluminoso corpo luteo.

Ed ora alcuni brevi commenti a questi tre casi che io ebbi occasione di osservare in un periodo di tempo relativamente breve, occasione davvero rara a presentarsi, perchè se due dei casi accennati, 2.ª e 3.ª osservazione, offrono nella letteratura ginecologica ed ostetrica casi che fanno loro riscontro, io non conosco altri casi pubblicati di voluminoso miofibroma sviluppato nel corno rudimentale di un utero bicorne. La natura del caso spiega già per sè l'errore diagnostico, perchè la mente cauta del clinico non poteva, non doveva immaginare e quasi inventare una forma morbosa comune per sè, ma non segnalata in simili anomalie e perchè anche, avendo presenti le peculiarità del caso e specialmente la mancanza della vagina, doveva soffermarsi quasi necessariamente alla ragionevole ipotesi di un ematometra. Nel secondo caso il volume del corno uterino rudimentale, la sua assoluta fissazione al fondo della pelvi, la mancata dimostrazione clinica nelle sue vicinanze di un altro corpo che ricordasse l'ovaio, il non aver rilevato nell'altro corno uterino pervio alla sonda i caratteri dell'utero unicorne, mi condussero all'errore e mi fecero supporre un ovaio ingrossato per processi flogistici o neoplastici. Frankenhäuser in un caso lo ritenne per un tumore ovarico e Müller per un fibromioma, in un caso in cui cacciato nella pelvi al davanti della parte presentata, costrinse l'ostetrico ad una operazione embriotomica. Così pure in un caso di Borinski nel quale la diagnosi dell'ostacolo al parto venne confermata dall'autopsia. Riconosciuto l'errore a ventre aperto, non s'imponeva meno la sua ablazione per le considerazioni già svolte.

Nel 3.° caso infine la verità, per un fortunato concorso di circostanze, fu intuita prima dell'intervento operatorio che confermò in tutto le previsioni del clinico. E a giudicare la necessità dell'intervento la-

parotomico in questo caso citerò alcune cifre. Sopra 29 casi che Sänger raccoglieva fino al 1884, 22 decorsero letalmente nei primi sei mesi per rottura del sacco, 3 diedero luogo a formazione di litopedio e quattro casi vennero operati di cui tre con esito felice. In un lavoro successivo pubblicato nel 1888, Himmelfart portava i casi a 36 con 24 morti, i casi in cui si era operato a 7 con 6 successi. Nel mio caso il pericolo di una rottura era forse ormai scongiurato, ma certo impendevano molti pericoli alla donna nel presente e nel futuro, per cui la laparotomia potè considerarsi come vera e propria indicazione vitale e aggiungere un altro successo a quelli che già si contano nella letteratura ostetrica. Un'ultima riflessione e ho finito. Come giunse l'uovo fecondato nel corno uterino assolutamente impervio? Evidentemente non si possono fare che due ipotesi. I nemaspermi entrati per la tuba di destra, unica via accessibile, fecondarono un ovulo sull'ovaio dello stesso lato, ovulo che poi emigrò attraverso il peritoneo per entrare nel corno uterino impervio di sinistra dalla tromba pervia dello stesso lato, ovvero emigrarono i nemaspermi stessi dalla tromba di destra all'ovaio di sinistra e fecondarono in questo un ovulo che poi per la tromba dello stesso lato discese nel corno impervio. Le ricerche odierne tendono piuttosto ad escludere la possibilità di distinguere il corpo luteo della gravidanza, il corpo luteo così detto vero da quello falso, ma dal confronto dell'uno coll'altro ovaio è più probabile la seconda delle ipotesi.

Dott. CESARE BELLONI

Di un nuovo uncino acuto ostetrico

Per ovviare agli inconvenienti, talora gravi, che si incontrano nella pratica ostetrica adoperando il comune uncino acuto, ne ho ideato e fatto costruire un nuovo modello, di cui qui dò la descrizione coi relativi disegni.

L'istrumento è composto di tre parti principali (vedi fig. 3 che ne rappresenta una sezione longitudinale mediana):

1. di un' asta cilindrica *AA* d'acciaio temperato, che porta articolata all'estremità superiore una punta arcuata ad uncino;
2. di una guaina in ferro *BB,* che contiene l'asta sopradetta;
3. di una molla spirale *CC.*

L'asta *AA,* lunga circa 35 centimetri, si termina all'estremità superiore in una lamina robusta flessibile *E,* articola in *F* la punta dell'uncino e porta il dente *G.*

La guaina in ferro *BB* cilindrica, nella sua parte inferiore ingrossata, che serve di manico, ha una leva d'arresto *R;* nella sua parte superiore, foggiata a forma olivare, presenta una finestra *D* (vedi fig. 2) larga un centimetro e mezzo circa ed alta tre millimetri. — Al di sotto della finestra e nella parte interna trovasi un dente robusto *H* in acciaio temperato.

La molla spirale *CC* che vedesi nella parte superiore del manico sta impegnata fra l'asta e la guaina.

L'asta *AA* è libera di scorrere longitudinalmente nella guaina per quel tratto bastante a far uscire e rientrare la punta arcuata dell'uncino dalla relativa finestra *D.*

Per fare uscire la detta punta non si ha che a premere di sotto in su col pollice della mano (vedi fig. 2) sull'estremità inferiore del-

l'asta *AA,* che fuoresce dal manico. Con tale movimento si viene anche nello stesso tempo a comprimere la molla spirale *CC,* la quale serve ad imprimere all'asta un movimento di scatto opposto, che ringuaina così la punta dell' uncino. E tal movimento si effettua quando venga alzata la leva d'arresto *R,* che trattiene l' asta all' estremo della sua corsa in su, tirando in basso col dito indice l'anello, che le si vede unito.

Passando ora alla funzione speciale dell' istrumento, poniamoci nel caso di doverlo adoperare.

Impugnato con una mano, colla punta dell' uncino nascosta, sulla guida delle dita dell'altra, si introduce nell' utero l'estremità olivare, spingendola sulla parte da uncinarsi colla finestra *D* rivolta verso di questa.

Premendo quindi in su adagio col pollice della mano, che impugna l'istrumento (ved. fig. 2), l'estremità inferiore dell'asta *AA,* vincendo la poca resistenza, che oppone la molla spirale nel farsi comprimere, la punta dell'uncino esce dalla finestra ed è mantenuta sporgente dalla leva d'arresto *R.*

La mano passa quindi ad impugnare saldamente l'istrumento e impianta la punta sulla presa.

Esercitando in seguito una modica trazione, questa fa sporgere ancora di più la punta dell' uncino, la quale flette in avanti la lamina d'acciaio *E* colla quale trovasi articolata e fa così sovrapporre il dente *G* al dente *H,* i quali trovansi di fronte.

Per il qual fatto riesce possibile mettere l' istrumento in *posizione di sicurezza* e passare così a trazioni energiche, senza correre il pericolo, che l' uncino, lasciando improvvisamente la presa, rechi danno ai tessuti materni; il che si fa coll'alzare contemporaneamente la leva d'arresto *R,* infilando il dito indice nell'anello, che le sta unito, e tirando in basso su di esso.

In tale posizione l'asta *AA,* fino a che continua la trazione, non potrà essere respinta in basso dalla molla spirale e ritirare con sè la punta dell' uncino, perchè trattenuta in alto dal dente *G* soprappostosi al dente *H.* Se per avventura però nella trazione l' uncino venisse a lasciare d' improvviso la presa, allora cessando nel medesimo tempo le condizioni, che mantenevano impegnati i due denti sopradetti, ed

essendo d'altra parte la leva d'arresto *R* volontariamente tenuta sollevata, l'asta *AA*, liberata in tutti e due i punti d'attacco, verrà di scatto respinta in basso, ritirando la punta dell'uncino, alla quale sarà tolta così la possibilità di ledere i tessuti.

Qualora però l'uncino non lasci la presa e si voglia cessare dalla trazione e mantenere la punta impiantata, si avrà l'avvertenza di abbassare la leva d'arresto prima di desistere completamente dal tirare.

È a notarsi, che la rapidità colla quale viene inguainata la punta dell'uncino è grandissima, tanto che due millimetri di distanza fra due punti di presa sono sufficienti a che l'uncino, messo in posizione di sicurezza, non riesca, sfuggendo dal primo, ad impiantarsi sul secondo.

L'istrumento poi, oltre alla robustezza necessaria, fu costruito in modo, per cui viene in un momento colle sole mani facilmente disfatto nelle varie sue parti, le quali sono tenute assieme mediante un artificio di contrasto, e la guaina, nella parte che entra nell'utero, si può scindere in due, per cui con tutta facilità è resa praticabile la più scrupolosa pulizia e disinfezione.

Il nuovo uncino venne sperimentato sopra un cadaverino di un neonato posto in un bacino di un cadavere di donna, cui furono esportati tutti i visceri, compreso l'utero, lasciandovi in posto la vagina, attraverso la quale veniva introdotto l'istrumento.

I risultati in tali condizioni furono soddisfacentissimi, per cui si spera, che l'istrumento, qualora venga preso in considerazione dagli ostetrici, debba raggiungere lo scopo pel quale sarebbe proposto.

Prima di finire sento il dovere di porgere i più vivi ringraziamenti al signor professore Alessandro Cuzzi, Direttore della Clinica Ostetrica di Pavia, il quale, intravedendo pel nuovo uncino una probabile utilità pratica, cortesemente mi fu largo di incoraggiamento e di consiglio; come agli amici e colleghi dott. Clivio e dott. Resinelli, assistenti alla Clinica sopradetta, i quali sempre gentilmente si prestarono in tutte le occasioni, in cui ebbi bisogno dell'opera loro.

Pavia, 17 marzo 1892.

Fig. 1.

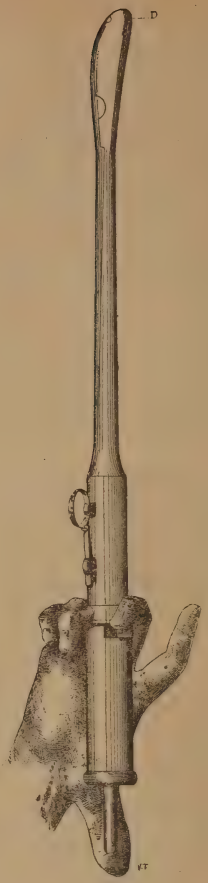


Fig. 2.

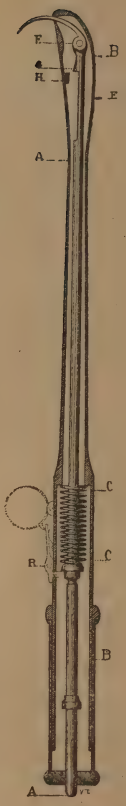


Fig. 3.

SPIEGAZIONE DELLE FIGURE.

Fig. 1. Uncino colla punta sporgente.

" 2. Uncino colla punta nascosta e colla mano in atto di farla sporgere dalla finestra *D*.

" 3. Sezione mediana longitudinale dell' uncino:

AA asta cilindrica d'acciaio;
E lamina d'acciaio flessibile;
G dente della lamina;
F articolazione della lamina colla punta dell' uncino;
BB guaina in ferro;
H dente d'acciaio temperato impiantato nella guaina;
R leva d'arresto;
CC molla spirale.

TRADUZIONI

Sul vomito incoercibile durante la gravidanza

PEL

Dott. GRAILY HEWITT

PRIMA VERSIONE ITALIANA DEL DOTT. Costantino Scuderi.

(*Continuazione e fine, vedi pag. 231*).

Effetti prodotti sul vomito togliendo l'esistente incarceramento dell'utero, o riducendo lo spostamento.

Io mi propongo, ora, di ricercare fino a qual punto gli effetti dei rimedii adoperati servano a dar luce sulla questione della patologia del vomito nei casi riferiti.

a) Nei casi in cui l'utero era retroflesso o retroverso (gruppo B).

I risultati ottenuti in questi 13 casi furono brillantissimi, poichè appena l'utero fu rimesso nella sua posizione, e mantenuto in essa, la guarigione del vomito fu pronta ed immediata. In un caso i tentativi fatti per raddrizzare l'utero non ebbero successo; ma anche in questo caso deve riconoscersi che il processo adottato fu benefico. In un caso la riduzione non fu efficace per guarire il vomito. In uno la riduzione fu eseguita, ma non potè esser mantenuta. In due casi non fu tentata. In uno, l'ulteriore storia non è conosciuta. Gli altri casi furono tutti guariti del vomito col trattamento consistente nella collocazione dell'utero in una posizione più conveniente.

b) Nei casi di antiflessione od antiversione (gruppo C).

I seguenti casi sono fatti spiccati dell'effetto benefico dell'innalzamento del fondo, e della conseguente riduzione della flessione, in casi di antiversione o flessione: L'interessante caso di Stoltz (47), in cui, se si fosse perseverato nei tentativi fatti prima con successo, la vita della paziente probabilmente si sarebbe salvata. Copeman (il quarto caso) cita un caso notevole (58) in cui il vomito grave e un'intensa nevralgia furono guarite sollevando il corpo di un utero estremamente antiverso a cinque mesi. In questo caso non si eseguì alcuna dilatazione dell'ori-

ficio esterno. In un altro dei casi di Copeman (59) l'antiversione fu parimenti corretta colle manovre manuali, e la paziente migliorò molto, ma il giorno seguente l'orificio esterno venne leggermente dilatato. Sicchè, in 3 dei 6 casi citati da Copeman la semplice elevazione dell'utero e la riduzione dello spostamento guarirono il vomito. In 2 di questi 3 il miglioramento indubbiamente fu dovuto al raddrizzamento.

Il caso di Roberto Davis (85) è importantissimo: utero antiflesso, solidamente fissato, fondo giacente in basso; fu sollevato forzatamente colle dita in vagina, col sussidio dell'altra mano sopra il pube. Il vomito cessò ad un tratto. Un pessario elastico fu applicato per sostenere l'utero. Guarigione. Sintomi simili, ma meno gravi, in due gravidanze seguenti: trattamento simile con successo.

Nel caso di Campbell (86), riduzione di un simile spostamento colla pressione e colla posizione genu-pettorale; buoni risultati.

Nel caso di Graily Hewitt (87), l'utero era antiflesso ed un po' a sinistra, molto dolente. Trattamento: riduzione colla pressione delle dita. Miglioramento immediato. Ricomparsa dei sintomi; uso di un pessario ad aria compressa. Il vomito fu completamente arrestato con una lieve agevolazione data all'innalzamento del corpo dell'utero.

Caso del dott. Doe (88), in cui l'utero a tre mesi, molto antiflesso, si sollevava facilmente colla pressione, ma ricadeva immediatamente togliendo la pressione. In una precedente gravidanza, il vomito si era istantaneamente arrestato dopo l'innalzamento accidentale del fondo fatto dal medico curante. Il dott. Doe usò questa volta i tamponi vaginali per tenere l'utero a posto, ed ogni qual volta l'utero si antiverteva o si prolassava la nausea ricompariva. Esito favorevole.

Nel caso di De Voe (91), riduzione manuale dell'antiflessione. Guarigione.

Il caso di Kingman (97) fu un caso complicato: l'utero giaceva in basso, col corpo e la cervice antiflessi, il labbro posteriore compresso sul piano pelvico. Fu curato con lo zaffamento della vagina e con un pessario. Beneficio apparente, ma si manifestarono reumatismo, grave costipazione, e la primitiva debolezza. Esito sfavorevole.

Nel caso di Guéniot (98), l'utero giaceva in basso, la sua cervice era fortemente flessa, e schiacciata dal peso del corpo sul perineo. Disimpegnando la cervice, per mezzo del sollevamento della pelvi e dell'abbassamento del tronco, la paziente guarì rapidamente. Parto a termine.

Un altro dei casi di Guéniot fu un bell'esempio di guarigione col pessario di Gariel.

Nel caso di G. Hewitt (100), la paziente fu curata del vomito grave in tre gravidanze coll'uso del pessario ad aria compressa giungendo al termine di ognuna, con completa guarigione del vomito. Un aborto precedentemente.

Effetti della dilatazione della bocca dell'utero col processo di Copeman sulla guarigione del vomito associato a rigidità, ecc. della cervice.

Dando uno sguardo alla tavola dei casi, gruppo *C.*, si può osservare che parecchi di essi furono curati colla dilatazione dell'orificio esterno o della cervice. Questo processo fu introdotto dal dott. Copeman.

Esaminando tali casi si vede che l'operazione della dilatazione ha avuto un effetto benefico in parecchi di essi, come pure, che quando la cervice viene dilatata per tutta la sua lunghezza, in modo da comprendere l'orificio interno, i risultati sono più spiccatamente efficaci. In alcuni dei casi summenzionati, comprendendo il primo caso del dott. Copeman, non vi è cenno sullo stato della cervice, o sulla presenza di spostamento dell'utero; solamente è detto che fu adottato il processo di Copeman ed il vomito diminuì.

Si vede che in 14 casi il processo di Copeman fu il solo trattamento adottato. Vi furono inoltre 4 casi in cui esso fu adottato, ma insieme ad altri processi.

La rigidità della cervice uterina ha richiamato una maggiore attenzione dacchè è stato riconosciuto che la dilatazione di essa spesso è vantaggiosa per guarire il vomito grave della gravidanza. Una luce considerevole viene sparsa sull'etiologia del grave vomito della gravidanza dalle statistiche raccolte dacchè il metodo di cura di Copeman è stato adoperato. Il dott. Copeman, che fu il primo ad usarlo, ebbe l'idea di dilatare la cervice allo scopo di guarire il vomito della gravidanza in maniera del tutto accidentale, avendo avuto l'intento nel primo caso in cui egli lo provò (vedi caso 55), di provocare l'aborto; tuttavia, la semplice dilatazione della cervice col dito, arrestò il vomito, e l'aborto non fu necessario. Il dott. Copeman in seguito usò tale processo come metodo di cura, e con successo, in parecchi casi. Il suo esempio fu seguito da altri, e con buoni risultati, come dimostrano i casi surriferiti. Egli non diede alcuna spiegazione sul *modus operandi* del suo trattamento. Nel suo secondo caso, il dott. Copeman trovò l'utero così antiverso da far sentire la testa al di sotto del livello della bocca dell'utero. Egli trasse dalla pelvi il corpo dell'utero con una blanda pressione, ed il vomito scomparve ad un tratto. In questo caso non venne eseguita alcuna dilatazione, eppure la paziente guarì.

Il processo del dott. Copeman, che ha lo scopo di dilatare l'orificio esterno e la cervice, comprende incidentalmente un importante effetto che io feci rilevare in una comunicazione fatta al *Giornale Medico Brittanico*, il 29 maggio 1875, tosto che vennero pubblicati i suoi primi casi. Nei casi in cui si ha antiflessione o versione insieme a grave vomito della gravidanza, l'orificio esterno si trova

molto indietro, e per poter eseguire la dilatazione l'orificio esterno e la cervice debbono esser tirati in avanti ed in basso, la quale manovra ha, io ho detto, necessariamente l'effetto di correggere in maggiore o minore grado ogni possibile antiversione o flessione esistente. Per conseguenza, in un caso dato, può darsi che l'operazione che riesce a guarire il vomito sia il raddrizzamento della posizione dell'utero più che la dilatazione, la quale nel processo di Copeman segue al raddrizzamento stesso. Tale raddrizzamento avrà, come io credo, l'effetto di togliere o diminuire lo stato di inchiodamento, di costrizione della cervice. Tuttavia, la semplice correzione non produrrà sempre la necessaria liberazione dei tessuti della cervice dalla compressione, poichè in uno dei casi riferiti (caso 71) l'induramento era così grande che la dilatazione fu necessaria dopo che il raddrizzamento della posizione era stato perfettamente eseguito. Marcou (*Thèse de Paris*, 1878), che ci ha dato una pregevole critica sul trattamento di Copeman, dice che la spiegazione data da Graily Hewitt sul modo d'agire del processo di Copeman pare sia vicina alla verità. La compressione dei tessuti della cervice che deriva dalla flessione produce l'irritazione, ed egli crede, con Hewitt, che nei casi di Copeman, di Tarnier, ed altri simili, il beneficio fosse dovuto alla correzione delle deviazioni uterine trascurate o inaccessibili. Marcou crede ancora che la dilatazione implichi il raddrizzamento dell'utero, essendo l'orificio esterno necessariamente portato in corrispondenza dell'asse dell'utero, mentre nello stesso tempo l'altra estremità dell'utero viene posta in posizione migliore.

Comparazione degli effetti curativi dei vari metodi di trattamento adottati nei casi surriferiti e loro sommario.

Vi sono due processi, ognuno dei quali fu adoperato in un considerevole numero di casi, con il più evidente successo nella guarigione del vomito grave: 1. Raddrizzamento dell'utero deviato, o sollevamento del corpo dell'utero in una posizione più favorevole. 2. Dilatazione dell'orificio e della cervice uterina secondo il metodo introdotto da Copeman.

1. Effetti del raddrizzamento dell'utero deviato:

a) In 19 casi di retroflessione o retroversione (Gruppo *B*) il vantaggio dell'innalzamento del corpo dell'utero con le manovre manuali fu grandissimo, come si vede dalla seguente tavola:

Riduzione eseguita e mantenuta	13 (1)
Riduzione impossibile; aborto artificiale . . .	2

(1) Vomito guarito in 12 (92 per cento).

Riduzione non tentata; aborto artificiale. . . 2
Trattamento col riposo, ecc. 1 (1)
Particolari non perfettamente conosciuti. . . 1

I particolari nei casi di G. Hevitt (31), Greslou (45), e Pugliatti (46), sono assai importanti. Nel caso di Stoltz (28) il raddrizzamento ebbe buon successo riguardo al vomito, ma l'utero non potè essere mantenuto in giusta posizione; quindi gli effetti fallirono, e si ebbe la necessità della provocazione dell'aborto.

b) Nei casi (Gruppo *C*) in cui l'utero era (probabilmente in tutti quelli di questo gruppo) in istato di antiversione od antiflessione:

Dei casi che erano sotto questa categoria, ed in cui il trattamento consistè nell'*innalzamento del fondo dell'utero*, sia con *efficaci manovre manuali* o con *altri mezzi*, i risultati sono i seguenti:

Vi sono 12 casi in cui fu praticato il *sollevamento manuale*. Risultato:

In 10 casi guarigione completa.
In 1 caso si ebbe l'aborto, e la guarigione del vomito.
In 1 caso, morte; vomito non guarito.

Vi sono 6 casi in cui il sollevamento dell'utero venne sussidiato da una *conveniente cura generale, posizione orizzontale, riposo, ecc.* Risultato: Guarigione in tutti i sei casi.

Al contrario, può osservarsi che vi furono 10 casi (nel Gruppo *C*) in cui c'era un forte incuneamento, ma in cui l'innalzamento non fu, o non potè essere effettuato, o fu fatto imperfettamente. Risultato nei 10 casi:

In 4 casi, morte.
In 4 casi, guarigione coll'aborto artificiale.
In 1 caso, morte dopo l'aborto artificiale.
In 1 caso, guarigione coll'aborto naturale.

2. Vi furono 18 casi, escludendo il caso 59, in cui fu praticata la dilatazione di Copeman. Solo in uno di questi l'utero era retroposto, essendo gli altri casi di antiposizione. Risultato:

In 14 casi, vomito guarito; in 1 caso, migliorato.
In 1 caso l'aborto seguì all'operazione; guarigione del vomito; morte per septicemia. (In 6 dei 18 casi fu notata rigidità della cervice).

---

(1) Guarigione del vomito.

I risultati dei varii metodi di trattamento nei casi menzionati e classificati precedentemente possono ora paragonarsi.

Due metodi di cura vennero praticati in un numero sufficiente di casi che si contrappongono, cioè: *a*) Trattamento col raddrizzamento. *b*) Trattamento con la dilatazione dell'orificio e della cervice uterina.

a) Trattamento col raddrizzamento, casi di retroposizione: 13 casi, 12 guarigioni. Trattamento col raddrizzamento, casi di antiposizione: 12 casi, 10 guarigioni (1).

b) Trattamento col processo di Copeman, in 17 casi di antiposizione: 17 casi, 14 guarigioni.

Naturalmente, i casi di retroposizione occupano un posto a sè. In un caso di retroposizione (Caso 43) fu adottato tale processo, con miglioramento del vomito: ma venne praticato l'aborto artificiale, sicchè il nuovo risultato è incerto. Però noi abbiamo 12 casi di antiversione o flessione trattati col raddrizzamento, che possono contrapporsi a 18 casi simili trattati col processo di Copeman. È curioso il notare che quasi gli stessi risultati furono osservati nelle due serie di casi, essendosi ottenuti dei risultati favorevoli, rappresentati dalle frazioni 10[12 e 14[18; quindi, nelle due categorie di casi, i risultati praticamente sono quasi identici.

Stando a questi casi, incontra favore la conclusione che il sollevamento manuale del fondo di un utero gravido, antiposto, e la dilatazione della bocca dell'utero, sono entrambi processi capaci di arrecar sollievo quando c'è il vomito grave.

È stato già accennato che il processo di Copeman è efficace per la guarigione del vomito *perchè* ha l'effetto (preterintenzionale) di liberare l'utero dalla compressione ed incarceramento; questa spiegazione è, probabilmente, la vera, ed è consona ai risultati cennati sopra.

Nella classificazione dei casi nel Gruppo *C*, potrà osservarsi che nel maggior numero dei casi in cui fu adottato il processo di Copeman non è detto nulla sulla presenza sia d'induramento che di rigidità dell'orificio esterno; e nel più de' casi, ancora, non vi è cenno sulla presenza o mancanza di spostamento. È difficile, quindi, di dire per il maggior numero di questi casi se essi fossero casi di cervice indurata migliorati e guariti con la dilatazione, o se fossero casi di spostamento in cui il raddrizzamento compreso nella esecuzione della dilatazione sia stato il vero agente della guarigione.

---

(1) Sotto la rubrica *a* possono aggiungersi altri 6 casi di antiposizione in cui non fu impiegato alcun trattamento manuale, ma venne serbato il riposo assoluto: in tutti e 6 si ebbe la guarigione.

Quale sia il vero potere curativo della dilatazione e del raddrizzamento dell'utero.

I fatti registrati dimostrano l'efficacia della dilatazione della cervice, essi dimostrano ancora l'efficacia del raddrizzamento dell'utero. Pare probabile che l'effetto necessariamente prodotto sia, in ciascun caso, una liberazione dei nervi dalla pressione, la quale, con ogni probabilità, è l'irritazione speciale che determina il vomito. Il disimpegno dell'utero sollevandone il fondo libera i tessuti dalla compressione, ed è praticamente identico al raddrizzamento della cervice, che è, necessariamente, compreso nel processo della dilatazione. Queste considerazioni spiegano perchè il successo ottenuto fosse ugualmente grande tanto adottando l'uno che l'altro processo. Da queste considerazioni ne segue che il processo di Copeman deve la sua efficacia: 1 al raddrizzamento accidentale dell'utero; o 2 al disimpegno ed al raddrizzamento della cervice compresi nel processo; o 3 alla distensione diretta del tessuto contratto; o 4 ad una combinazione di 1, 2, e 3.

Sono da ricordarsi alcuni casi in cui il processo di Copeman non ebbe alcun effetto, in alcuni, non si ebbe vantaggio che dalla dilatazione dell'intiero canale cervicale, in altri, bastò un grado lievissimo di dilatazione.

Guarigione istantanea del vomito spontaneamente, o immediatamente dopo alcune manovre operatorie, ecc.

La maniera istantanea ed apparentemente inesplicabile con cui qualche volta la paziente che ne è afflitta ottiene la guarigione completa del vomito, e che è stata notata in non pochi casi, merita un'attenzione speciale; e vi sono buone ragioni per credere che non vi sia nulla di capriccioso in ciò, come forse vorrebbe dire qualcuno. Questo fatto è simile a quello che accade quando il vomito della gravidanza cessa repentinamente nel periodo delle contrazioni; e ciò è senza dubbio dovuto al miglioramento che ha luogo istantaneamente per l'innalzamento del fondo o la liberazione dallo stato d'incarceramento.

Un altro fatto molto importante è, che una leggierissima manovra, o una lieve applicazione all'orificio esterno, ha spesso prodotto un subitaneo e brillante cangiamento in casi che, pochi minuti prima, sono stati considerati gravissimi. In tali circostanze, parrebbe che il beneficio ottenuto seguisse ad una causa che potrebbe considerarsi assai insufficiente. I casi 113, 114 e 115 possono esser citati come possibili esempi di questa specie.

Uno dei più recenti lavori sull'argomento del vomito grave della gravidanza è quello del professore Pugliatti di Novara (1). Un resoconto storico assai completo ed ammirevole sul proposito sino al giorno presente costituisce la prima parte del lavoro. Una seconda parte contiene delle osservazioni cliniche e dei risultati nuovi rispetto all'etiologia ed alla terapia del vomito incoercibile. Egli parla pieno di speranza nel recente progresso fatto nella conoscenza della patologia di tal soggetto e nella probabilità di soluzioni più precise delle difficoltà di tale questione cui si è giunti con le ricerche di attenti osservatori. Pugliatti discute le varie spiegazioni che sono state date, particolarmente le idee di Graily Hewitt ed il processo introdotto da Copeman per la cura del vomito irrefrenabile della gravidanza.

Per quanto concerne le sue proprie osservazioni, Pugliatti chiama l'attenzione sulle alterazioni nello stato delle secrezioni della cervice uterina nei casi di vomito grave. Le osservazioni di Fritsch hanno mostrato che le glandole della cervice sono enormemente ipertrofizzate durante la gravidanza. Pugliatti crede che le alterate condizioni di questa secrezione producano un ostacolo alla sua fuoriuscita dalla cervice, e possibilmente, egli crede, determinino il vomito grave.

Pugliatti riferisce sei casi che danno dei particolari su tale questione (vedine due di questi riferiti ai casi 99 e 116). Le varie condizioni patologiche della cervice uterina possono produrre un ostacolo alla fuoriuscita delle secrezioni uterine, cioè la stenosi della cervice, il polipo della cervice, la degenerazione cistica dei follicoli mucosi, come pure gli spostamenti uterini, la ostacolata secrezione uterina, e la presenza di feci nel retto. Il modo come agiscono questi stati patologici si è, egli crede, producendo una pressione sulle fibre dei nervi simpatici, che in maniera riflessa eccita il vomito.

Le osservazioni di Pugliatti sono di grandissimo valore, poichè confermano l'idea che la *sede* della lesione nei casi di vomito grave della gravidanza sia la cervice uterina. Senza dubbio anche la tensione e la pressione in questa sede sarebbero aumentate dalla distensione delle glandole cervicali con secrezione. Tale distensione verrebbe ugualmente diminuita raddrizzando il canale cervicale, o dilatando il canale stesso, o con ogni altro procedimento meccanico atto a produrre un raddrizzamento della posizione uterina. In alcuni dei casi di Pugliatti il beneficio si ebbe togliendo la secrezione cervicale con una sonda retta portante della bambagia all'estremità ed egli lega molta importanza all'efficacia di questo processo. Può essere, tuttavia, che l'introduzione della sonda fosse l'agente effettivo, e che il raddrizzamento della posizione dell'utero esercitasse la vera influenza curativa.

Alcuni particolari assai importanti ed interessanti nella questione sull'efficacia delle manovre manuali sull'utero nella guarigione del vomito si troveranno nella

---

(1) *Il Morgagni*, Napoli e Milano, 1889.

relazione di un congresso della *Gesellschaft für Geburtsh. und Gyn.*, tenutosi in Berlino, il 28 marzo 1890, che è venuto a mia cognizione solo mentre queste pagine erano in corso di stampa. In quella occasione Flaischlen lesse una memoria chiamando più particolarmente l'attenzione sui casi di iperemesi della gravidanza in cui l'utero si trova in posizione normale:

Casi 116 e *117*. Flaischlen (1).

Flaischlen riferisce due casi di vomito grave, in ambo i quali, fatto curioso abbastanza, si trattava di gravidanza gemellare. Nel primo caso è accertato che l'utero si trovava normalmente antiflesso e straordinariamente ingrandito di volume. Fu provocato l'aborto artificiale. Risultato buono. Decidua molto ispessita ed ipertrofizzata.

Caso 117. — Il secondo fu un caso complicato. La paziente era moribonda nel settimo mese della gestazione per vomito prolungato. Aveva subìto l'operazione per doppio rene mobile in un periodo precoce della gravidanza. Venne provocato l'aborto artificiale come ultima risorsa. Morte. Presenza di una quantità eccessiva di liquido amniotico. Stenosi dell'intestino.

Flaischlen riferisce ancora tre casi di Paolo Ruge, i cui particolari sono interessanti, essendo due delle pazienti morte di collasso, una senza aborto artificiale ed una dopo l'aborto artificiale; una terza fu salvata coll'aborto artificiale. Dei cinque casi, tre morirono, due furono curate con successo coll'aborto artificiale. Flaischlen discute completamente la questione delle indicazioni per la provocazione dell'aborto artificiale. Nella discussione che ne seguì Schülein riferì i particolari di tre casi, che in *résumé* sono i seguenti:

Casi 118, 119, 120. Schülein, *loc. cit.*

Caso 1. — Anni 30. II gravidanza, ed utero in posizione normale, volume abnorme. Vomito grave, resistente a tutti i rimedi; dilatazione tentata, ma senza risultato. Fu introdotta una sonda uterina, e l'uovo scollato dai suoi annessi quanto più fu possibile (allo scopo di produrre l'aborto). Il giorno appresso la paziente stava molto meglio, il vomito era diminuito, e lo stomaco poteva ritenere il vino; anche gli altri sintomi erano mitigati. Tre giorni dopo fu adoperata di nuovo la sonda; aborto due giorni appresso.

Caso 2. — Anni 43, II para. Posizione uterina normale; volume dell'utero abnorme. In sei settimane vomito eccessivamente grave; stato molto allarmante. La sonda uterina fu usata come nel caso precedente. Risultato, miglioramento continuo. Quattro giorni dopo, mancando ancora i dolori del travaglio, fu intro-

(1) *Zeit. f. Geb und Gyn.*, Band XIX. Heft 2.

dotto un cono di laminaria. Il giorno seguente, aborto. La paziente aveva il rene sinistro mobile; più tardi, venne colpita da cancro al pancreas.

Caso 3. — Anni 24. Maritata da 8 mesi. Endometrite prima del matrimonio (catarro). Visitata nel terzo mese della gravidanza. I rimedi interni non avevano avuto alcun effetto sul vomito grave; dilatazione inefficace. Nel quarto mese l'uovo fu scollato per mezzo della sonda. Miglioramento immediato. Dopo ripetuti scollamenti dell'uovo colla sonda l'uovo venne espulso in dodici giorni.

Schülein volge l'attenzione sul volume eccezionalmente grande dell'utero in tutti i tre casi; come pure sul miglioramento continuo del vomito col sollevamento dell'uovo. Questo egli spiega ammettendo che la separazione abbia prodotto l'arresto di ulteriore aumento in volume dell'uovo. Pare che le membrane non siano state rotte in nessuno dei tre casi. Egli aggiunge che questo metodo di provocare l'aborto è superiore a quello dell'uso delle tente.

Odebrecht, discutendo i casi citati, osservò che il miglioramento consecutivo all'uso della sonda fatto da Schülein fosse dovuto alla manovra fatta sull'endometrio, e che l'irritazione producente il vomito fosse una nevrosi delle terminazioni nervose endometriche.

Veit seguì esprimendo la sua opinione che ammette una connessione tra l'utero ed il vomito. Egli crede che nei casi veramente perniciosi di vomito vi siano due segni obbiettivi: 1. tensione dell'utero; 2. diminuzione nel peso del corpo.

Nei tre casi succennati di Schülein, che meritano un'analisi accurata, l'utero probabilmente si trovava in antiposizione, ed il relatore indubbiamente credette che questa posizione fosse normale. Non è detto se vi fosse incuneamento o no.

In tutti i tre casi vi era volume eccezionale dell'utero. Ciò si accorda coll'idea che ci fosse una anormale antiflessione. Schülein dice che la posizione era normale nei tre casi. Pure può esserci stato l'incuneamento in una cosidetta antiflessione normale, e quindi essere stato *ostacolato* l'innalzamento del corpo dell'utero. Solo con questa supposizione noi possiamo spiegarci il beneficio ottenuto coll'uso della sonda. Usando la sonda nel modo descritto da Schülein, necessariamente si sarebbe prodotto un maggiore o minore raddrizzamento del canal uterino. Perciò i casi in questione favoriscono la teoria che il beneficio ottenuto fosse dovuto al raddrizzamento ed alla correzione di posizione dell'utero per le manovre eseguite.

Questi casi di Schülein sono imperfetti in un punto, poichè Schülein, malgrado il miglioramento prodotto dalle sue manovre, persistè nel vuotare l'utero. È simile a ciò che avvenne in un caso ricordato sopra di Pugliatti, in cui fu introdotta una sonda dentro l'utero; se il vomito non fosse ritornato, la prova dell'efficacia del processo sarebbe stata in quel caso più completa. Nondimeno, ciò ch'è curioso, questi casi corroborano quanto è stato asserito sull'efficacia delle manovre sull'utero per guarire il vomito della gravidanza.

Risultati del trattamento colla cauterizzazione della cervice, l'uso della cocaina, ecc.

La cauterizzazione della bocca dell'utero venne eseguita in alcuni dei casi citati nel gruppo *C*; in 11 casi in tutto. Il numero dei casi non registrati in cui è stato adottato tale trattamento probabilmente è considerevole. In quei casi sopra menzionati, mancano generalmente i particolari intorno allo stato dell'utero e non è dimostrato chiaramente che i casi che si affermano curati con successo colla cauterizzazione fossero di vomito realmente grave. Degli 11 casi così curati 10 sono registrati come guariti dal vomito. Tuttavolta, egli è possibile, invero, che le manovre manuali necessariamente adoperate per l'applicazione del caustico fossero il vero agente terapeutico (1).

Le *applicazioni di cocaina, iodio, ecc. alla bocca dell'utero* vengono ricordate come aventi avuto un effetto benefico in alcuni casi. Il numero delle guarigioni registrate è scarso. Senza dubbio la cocaina applicata localmente può aver avuto un buon effetto per la sua azione sedativa locale sui nervi uterini. Anche qui, tuttavia, il processo meccanico può essere stato l'agente efficace determinante il miglioramento.

Vomito uterino nello stato di non gravidanza.

I sintomi osservati a proposito del fenomeno del vomito uterino in *donne non gravide* sono, io credo, di grande importanza per la spiegazione del fenomeno del vomito della gravidanza, tanto nei casi lievi che nei più gravi.

È ben noto che un vomito assai grave spesso coincide col periodo mestruale, cominciando il vomito con esso periodo, e continuando spesso finchè durano gli altri fenomeni mestruali. Questo grave vomito mestruale non raramente si accompagna a dolore più o meno intenso. In altre parole, dismenorrea e vomito grave si osservano contemporaneamente in non pochi casi.

È altresì un fatto che il vomito grave, ed anche pericoloso, di natura riflessa non limitato semplicemente ai periodi mestruali, si osserva a volte nelle donne che vanno soggette ad alcune affezioni dell'utero. Nel corso della mia pratica io

---

(1) Intorno alla presente questione, può citarsi il lavoro di Giordano (« Des vomissements incoercibles pendant la grossesse. » Paris, 1866). Giordano venne guidato dall'esperienza ad usare la cauterizzazione *della superficie interna della cervice* come mezzo per provocare l'aborto artificiale nei casi in cui il vomito incoercibile rendesse necessario l'aborto. Egli trovò questo metodo facile e sicuro per provocare l'aborto. Pare che ciò indichi che la cauterizzazione applicata per alleviare il vomito ha l'inconveniente di *poter* produrre in ogni caso l'aborto.

ho visto parecchi di tali casi in cui il vomito pronunziato, grave, e giudicato incurabile si accompagnava ad alterazioni dell'utero, e questi casi, in generale, migliorarono così rapidamente curando l'affezione uterina, che dimostrarono come il vomito fosse un atto riflesso dipendente dal disturbo e dall'irritazione uterina. Le anti o retro-flessioni croniche ben pronunziate dell'utero sono le condizioni a cui pare siasi associato così manifestamente questo vomito grave nello stato di non gravidanza. Nel 1886 io pubblicai (1) i particolari di 19 casi di vomito grave in donne *non* gravide associato a gradi spiccati di flessione uterina! In questi casi il vomito era assai grave od assai ostinato; in alcuni di essi lo stato della paziente era allarmante. Che il vomito in questi casi avesse origine uterina risultava dalla storia e dagli effetti ottenuti colla cura, quantunque potesse supporsi da alcuni che il vomito fosse stato dovuto ad irritazione ovarica più che uterina.

Inoltre, la presenza del vomito uterino in una forma meno grave di quella dei casi testè accennati è certamente assai più comune di quanto generalmente si creda. Io so di molti casi in cui una leggiera nausea o vomito si ebbero in donne non gravide al primo alzarsi la mattina, proprio come si osserva il vomito mattutino nel caso di una donna gravida. Questi casi di vomito uterino sono generalmente descritti come vomiti isterici. Il termine è sbagliato, poichè implica la idea che in questi casi non ci sia un substrato reale; ciò che è molto lontano dal vero, come mostrano i casi che io ho pubblicato.

Lo stato della cervice uterina colpita da flessione e da indurimento e rigidità, esistenti contemporaneamente, pare dai fatti che sono stati raccolti che offra una notevole predisposizione al fenomeno del vomito grave, qualora sopravvenga la gravidanza, ed i fatti relativi alle due categorie di casi rendono poco dubbio che la causa del vomito sia, nella maggioranza dei casi, praticamente la stessa, cioè compressione dei nervi nel tessuto cervicale, insieme ad uno stato d'incurvamento, e d'indurimento di questa parte dell'utero, e la perdita consecutiva della naturale pieghevolezza ed espansibilità dei tessuti. Nella donna non gravida, tuttavia, il *grado* del vomito raramente è paragonabile con quello che si osserva nel vomito grave dovuto alla gravidanza. In ambo i casi la posizione eretta, i lievi sforzi, o qualche altra circostanza che sia considerata capace di aumentare la compressione del contenuto pelvico, intensifica il vomito.

L'osservazione di flessioni croniche associate a vomito mi trasse, venti anni fa, alla conclusione che vi sia un rapporto tra il vomito che si nota in gravidanza ed il vomito dovuto alla presenza di flessioni croniche. Nel 1871 io pubblicai una memoria nella quale esprimevo l'idea che il vomito della gravidanza sia connesso colla presenza di uno stato di flessione dell'utero.

---

(1) « Le nevrosi uterine. » *Brit. Med. Journ.*, giugno e luglio, 1886.

Relazione esistente tra la metrite cronica e le flessioni dell'utero in casi di grave vomito della gravidanza.

L'indurimento e l'addensamento dei tessuti della cervice, specialmente nelle parti attigue all'orificio interno dell'utero, sono piuttosto frequenti in casi di flessione cronica nello stato di non gravidanza. Tale indurimento e consolidamento della cervice flessa è dovuto al fatto della metrite, o ad un processo di natura infiammatoria, se non altro. L'azione di tali alterazioni nel produrre l'incuneamento dell'utero gravido, e come causa del vomito, ha un grande interesse. L'indurimento non è sempre costante, ma si ha assai spesso (vedi Elenco dei Casi) e le ricerche microscopiche mostrano la presenza di quella che è stata detta, sclerosi, dei tessuti (1) nelle parti affette da indurimento attorno all'orificio interno dell'utero. Ne segue, che la normale espansibilità ed elasticità dei tessuti nella parte dell'utero così colpita viene in tal guisa perduta più o meno. Questa alterazione del canale cervicale è così spiccata in parecchi casi di flessione cronica in cui la cervice ha subìto il processo indurativo, che per raddrizzare il canale è necessario uno sforzo notevole; ed in tali casi, quando viene ritirata la sonda l'utero riprende rapidamente la sua forma viziosa, la flessione ritorna. Così noi abbiamo nello stato delle pareti del canale cervicale, nei casi di metrite cronica, una condizione fisica che va considerata capace di presentare una notevole e manifesta difficoltà al processo dell'espansione uterina, dando origine all'incuneamento. Quando la gravidanza ha luogo in condizioni normali, subito avviene un notevole cambiamento nei tessuti dell'utero; ogni parte dell'organo si gonfia e cresce in dimensione, i vasi sanguigni aumentano notevolmemte di volume, la cavità del corpo dell'utero assume rapidamente una forma quasi sferica; il che implica, certamente, distensione ed estensione dei tessuti attorno all'orificio interno dell'utero come pure negli altri punti.

---

(1) Un resoconto assai completo sulle alterazioni microscopiche nei tessuti uterini come effetto della metrite cronica venne pubblicato da Jacobi nel 1885, con la esposizione delle ricerche precedenti di Leopold, De Sinéty, ed altri, insieme ad altre osservazioni originali dell'autore, ed a una nuova spiegazione, grandemente interessante, sullo scopo e sulla natura del flusso mestruale.

Le lesioni principali della metrite nel corpo o nella cervice sono, secondo Jacobi (*Amer. Journ. of. Obstet.*, 1885), in donne che hanno partorito, ingrandimento e moltiplicazione dei vasi sanguigni, dilatazione dei linfatici, proliferazione di tessuto connettivo cellulare scarsamente nucleato, principalmente intorno alle due serie di canali nutritivi, come pure un infiltramento accidentale del parenchima. Jacobi presenta (*Amer. Journ. of Obst.*, 1885, p. 826, Figg. 15 e 16) un pezzo di sclerosi, di cui la sezione è stata tolta dal parenchima sottostante al peritoneo, precisamente all'angolo inferiore della flessione, in un caso di retroflessione. Questa sclerosi peri-vascolare, soggiunge l'autore, ha origine dall'essudato nutritivo di un plasma albuminoso che produce gradatamente uno sviluppo locale di tessuto connettivo. L'osservazione microscopica di Jacobi venne fatta su soggetti che aveano partorito; ma, come afferma questo autore, è possibile che la sclerosi peri-vascolare esista nella cervice di donne maritate sterili, e le citate osservazioni sul comportamento dell'utero rigido antiflesso confermano efficacemente tale idea,

Come effetto dell'aumento di volume dei vasi sanguigni, si ha un aumento di pressione sulle parti che stanno tra i vasi sanguigni stessi. Questo aumento di volume non ha effetto dannoso nei casi in cui i tessuti non presentano una resistenza anormale a tale aumento di volume. Ma è inevitabile che lo sviluppo normale sia impedito in grado rilevante se i tessuti in questo punto sono rigidi, e non permettono facilmente l'espansione. Le effusioni sclerotiche intorno e tra i vasi sanguigni offrono una resistenza di tal natura, resistenza che sarà aumentata da tutto ciò che tenda ad impedire l'ingrandimento generale sferoidale del corpo uterino.

Nel caso che l'utero sia flesso al principio della gravidanza, e la flessione sia pronunziata, con rigidità dei tessuti della cervice, e che l'utero, in totalità, giaccia nella pelvi ed in istato di quasi fissazione, il grado di compressione nel sito della flessione sarà maggiore. Senza dubbio vi sono molti casi di flessione in cui si ha la gravidanza, ed in cui l'utero si espande lentamente, vincendo la rigidità che potesse incontrare all'orificio interno o nelle sue adiacenze, in questi casi malgrado circostanze un po' sfavorevoli, l'utero si libera dalla sua forma flessa ed il fondo si solleva dalla pelvi. Ma quando tale difficoltà è assai grande, il fondo dell'utero non s'innalza come dovrebbe, e, stante che l'utero diventa sempre più pesante, avviene che l'organo è incapace di raddrizzarsi, poichè pare ch'esso sia troppo fortemente incuneato nella pelvi o almeno tanto da non poter liberarsi senza che i suoi sforzi vengano aiutati. Quando l'utero è così incarcerato nella pelvi, le difficoltà di ogni specie sono aumentate, ed il grado di compressione nel punto della flessione dell'utero diviene maggiore. Così è che la rigidità dei tessuti cervicali associata alla flessione dell'utero, e probabilmente determinata, in moltissimi casi, da essa, impedisce la regolare espansione durante la gravidanza, e che in alcuni casi estremi l'espansione ed il gonfiamento dell'utero agiscono in modo da ostacolare fortemente ed impedire l'ulteriore espansione conveniente, dando origine all'incarceramento.

La lacerazione della cervice uterina durante il travaglio — stato patologico che Emmet dimostrò essere della massima importanza, produce facilmente l'indurimento, l'addensamento, e la cicatrizzazione dei tessuti colpiti dalla lacerazione, e dev'essere annoverata fra le cause di rigidità della cervice. Essa provoca facilmente il vomito solo nelle pazienti che abbiano già partorito uno o più figli. L'arrovesciamento della mucosa della cervice — effetto ordinario della lacerazione spesso agisce come un'altra causa d'irritazione; si ha facilmente abrasione e le cosidette ulcerazioni, spesso insieme ad un maggiore o minore gonfiamento ipertrofico del labbro o delle labbra della bocca dell'utero. Per quanto mi è dato giudicare, tuttavia, la lacerazione della bocca uterina non è spiccatamente associata colla produzione del vomito grave della gravidanza.

Rammollimento anormale della cervice in alcuni casi di vomito grave della gravidanza. — L'indurimento e la rigidità della cervice non si notano — almeno in grado pronunziato — in tutti i casi di vomito grave. Vi è una categoria di casi in cui si ha antiflessione in grado spiccato, ma mancano l'indurimento, la contrazione, e la rigidità dei tessuti cervicali, o non sono facilmente apprezzabili, ed infatti, vi sono casi in cui l'utero è straordinariamente molle e flessibile, e che cade subito in istato di forte flessione quando la paziente sta all'impiedi, ma è facilmente spinto in alto, od anche si solleva facilmente e spontaneamente, quando la paziente decombe. Dando uno sguardo alla lista dei casi classificati nei gruppi *C* e *D*, vi si troveranno descritti casi simili. Due dei miei casi — 87 e 100 — sono illustrazioni di questo fatto. Il caso di Jaggard (Caso 101) è probabilmente, anch'esso un altro esempio di tal genere. Può darsi che in tali casi le pareti uterine abbiano un'eccezionale tenuità, e quindi la flessibilità sia maggiore dell'ordinario.

Nei due casi, 87 e 100, la durezza e la nodulazione si sentivano nel fornice vaginale quando la flessione era al massimo grado, e pare che fossero in fatto prodotte dalla flessione; ma in questi stessi casi una precedente osservazione avea rilevato semplicemente una eccessiva flessibilità, quantunque la paziente, in quel tempo stesse molto male per il vomito.

L'aspetto clinico dei casi di vomito con utero gravido antiflesso (o retroflesso) dà ragione a credere che la flessione debba avere una influenza notevole; poichè, quando l'utero viene raddrizzato, ed il suo corpo innalzato, anche se l'innalzamento sia di grado lieve, si ha un beneficio riguardo al vomito. L'esame microscopico dello stato dei tessuti nei casi di metrite cronica nel punto della flessione (Jacobi) dimostrò la presenza della sclerosi in un caso di retroflessione (in non gravidanza). Considerando contemporaneamente queste due circostanze, può ritenersi che la rigidità associata a forte flessione, e che, può dirsi ancora, è intensa in proporzione al grado della flessione, sia il vero agente determinante il vomito. In ogni caso, questa spiegazione si accorda, se, non è la sola veramente che possa darsene, coi fenomeni clinici che si osservano. Essa non è solamente teoretica, ma è convalidata da molti fatti ricordati nei casi riferiti sopra. Vi sono due casi particolarmente illustrativi. Nei due casi — 87 e 100 — che io osservai accuratamente in un periodo precoce della gravidanza, si notava antiflessione con straordinario rammollimento dell'utero nel momento che si manifestò il vomito grave. In ambo i casi la posizione supina era la sola che potesse arrecare un certo sollievo. In ambidue i casi si notarono, un po' più tardi, dei tratti d'indurimento localizzati, limitati sulla superficie anteriore della cervice, vicino al punto d'unione del corpo colla cervice; questi tratti erano dolenti al tatto. La pressione in alto attraverso il fornice vaginale e la diminuzione parziale del-

l'antiflessione portava sempre un sollievo, tanto nel dolore che ivi si sentiva quanto nel vomito. In tutti e due i casi l'indurimento localizzato scomparve colla cura, contemporaneamente l'utero venne aiutato a raddrizzarsi. In tutti e due i casi era evidente in modo assoluto che l'indurimento stava in istretto nesso con l'antiflessione. Tutti e due i casi richiesero la ripetizione della cura col sollevamento di tanto in tanto. In ambo i casi il pessario ad aria compressa fu adottato per sollevare l'utero. In questi casi pare che le effusioni nodulari fossero state prodotte dall'aggravamento dell'antiflessione; e ad ogni ricorrenza si notava una ricomparsa spiccata del grave vomito. Essi dimostrarono come, almeno durante i primordi della gravidanza, le alterazioni nella posizione e nella forma dell'utero sono capaci di dare origine ad alterazioni nel punto della flessione d'identica natura di quelle che si osservano nella metrite cronica.

In ambo i casi sopra menzionati, e su cui desidero che si rivolga particolarmente l'attenzione, poichè i particolari registrati vennero osservati molto accuratamente, ed i casi furono continuamente sotto l'osservazione, non può mettersi in dubbio che esistesse quello che può chiamarsi primo stadio di una grave effusione parenchimatosa, e, se non fossero state prese quelle misure che vennero adottate, esso avrebbe tosto dato origine alla fissazione ed all'incarceramento a tal grado da rendere la riduzione molto difficile. In alcuni dei casi di Horwitz (N. 77 a 83) si troverà descritto quello stato dell'alterazione che può dirsi più completamente sviluppato, con indurimento ed incuneamento a tal segno da rendere l'innalzamento dell'utero antiflesso difficile od impossibile. Horwitz, commentando i suoi propri casi, crede che l'alterazione esistente, e che produceva il vomito, fosse l'infiammazione parenchimatosa dell'utero. Qui io vorrei riferirmi alle parole trascritte dal lavoro di Horwitz a pag. 44, che dimostrano evidentemente come in un punto quest'autore ammette, quanto più pienamente e completamente è possibile, che lo spostamento avesse una importanza grandissima, dando origine alle difficoltà osservate; mentre in un altro egli respinge, in maniera del tutto inintelligibile e contraddittoria, l'idea che lo spostamento dell'utero fosse responsabile della effusione, dell'incuneamento, e dell'incarceramento dell'organo. Per quanto riguarda la cura, le sue idee patologiche non gl'impediscono di porre la riduzione di tale spostamento in prima riga come importanza.

Quando il vomito della gravidanza è di grado lieve, l'alterazione della cervice è probabilmente un rammollimento relativo. Il rammollimento aumenta in intensità la flessione quando la paziente sta all'impiedi o fa qualche sforzo. Ed allora si ha probabilmente compressione dei nervi e consecutiva comparsa del vomito. In questi casi la guarigione assoluta del vomito che ordinariamente segue serbando la posizione orizzontale, viene spiegata dalla mancanza di esagerazione della flessione uterina.

L'incuneamento dell'utero gravido nella sua forma flessa deve considerarsi

dovuto contemporaneamente alla flessione ed alla concomitante metrite. La flessione sola può produrre l'incarceramento, e la metrite, con accentuazione maggiore dell'incuneamento, può seguire ad esso.

Dai fatti raccolti riguardo all'apparente liberazione, o a qualche miglioramento nello stato dei tessuti della cervice uterina, noi siamo autorizzati ad ammettere che le manovre summenzionate tolgono la pressione fatta sui nervi. Nella sua interessante tesi (1) sul processo di Copeman, Marcou chiama l'attenzione sul ganglio cervicale come un possibile fattore nella produzione del vomito. Quasi tutti i nervi dell'utero, dice Marcou, derivano da questo ganglio. Qual maraviglia dunque se la più lieve modificazione che possa aver luogo in quella regione, tanto da sfuggire ad un esame accurato, compressione, tensione esagerata di quell'organo viene sentita più dolorosamente da quella parte dell'utero che da ogni altra? Io ho letto la tesi di Marcou, ed ho avuto cognizione delle sue osservazioni sul ganglio cervicale, solo di recente; ma parmi che abbiano importanza. È da notarsi che il ganglio cervicale stesso sta piuttosto dietro alla parete della cervice anzichè in essa.

Incuneamento dell'utero gravido in casi di vomito incoercibile insieme a retro-deviazione dell'utero.

Che l'utero gravido retroflesso possa incunearsi a tal segno da riuscire difficilissimo, od anco impossibile, di liberarlo dalla pelvi, è cosa già nota. L'incuneamento dell'utero gravido retroverso è una malattia ben riconosciuta la cui cura è stata ben formulata, e praticata con successo. La difficoltà è maggiore o minore nei differenti casi. In alcuni casi, in cui la malattia non è stata diagnosticata, le donne sono morte senza cure, in alcuni, malgrado si fosse tolto l'incuneamento ciò è stato praticato troppo tardi; in alcuni l'esito fatale è stato dovuto ad un processo distruttivo della vescica, risultante dalla forte e prolungata compressione, o ad altri effetti secondari della stessa. L'incuneamento nella *retroflessione* dell'utero gravido è favorito dalla forma della cavità pelvica; il fondo, espandendosi colla sua forma retroflessa, riempie gradatamente la concavità del sacro, e così l'aumento continuo dell'organo sostiene ed aumenta la sua inclinazione indietro; l'inclinazione diventa maggiore, e la bocca uterina s'innalza anteriormente, in modo che qualche volta si trovi al di sopra del margine superiore della sinfisi pubica. Seguono altri disturbi, ritenzione di urina, ed alcuni sintomi gravi. Il vomito incoercible si ha in alcuni di questi casi di retroversione con incuneamento, ma nel maggior numero di essi manca.

---

(1) Thèse de Paris, 1878.

Il grado d'incuneamento dell'utero gravido retroposto varia secondo le circostanze. Al secondo mese l'ostacolo all'innalzamento dell'utero è, probabilmente, costituito non tanto dalla sporgenza del promontorio sacrale quanto dalla forma dell'utero, e da un alto grado di rigidità dei tessuti, specialmente nella cervice uterina. Ed in questo periodo (fino del secondo o principio del terzo mese) l'utero non è tanto incuneato quanto fissato nella sua posizione indietro. Più tardi alla fine del terzo o al principio del quarto mese) l'utero è tanto grande che il promontorio sacrale costituisce un impedimento reale, ed allora può dirsi che ci sia incuneamento. Pare che il vomito gravissimo si abbia qualche volta quando l'utero gravido è retroflesso.

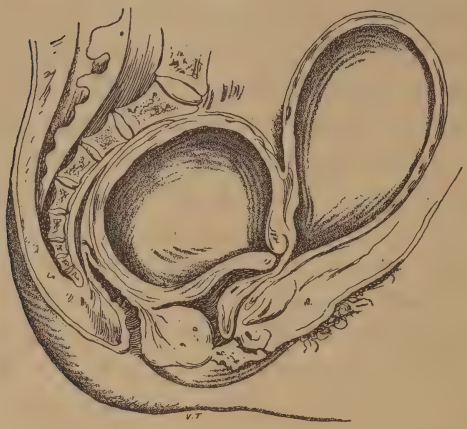


Fig. 1. — Rappresenta schematicamente l'utero gravido in istato di retroflessione a circa 4 mesi di gravidanza.

Pare inoltre che il *grado* di fissazione od incuneamento dell'utero gravido retroposto ed il grado del vomito non siano direttamente proporzionali. Nei casi da me riferiti sopra, in cui il vomito era grave ed incoercibile finchè la posizione dell'utero rimase inalterata, il grado di fissazione ed incarceramento del fondo non era così grande come in parecchi casi di retroversione in gravidanza, che sono stati riferiti, nei quali il vomito non costituiva affatto un sintomo speciale. Da ciò potrebbe, naturalmente, arguirsi che il vomito grave non è determinato dalla retroposizione dell'utero gravido, accompagnata da fissazione ed incuneamento dell'organo.

È chiaro, tuttavia, che le manipolazioni o qualche altra alterazione di posizione e l'innalzamento del fondo dell'utero erano seguite da un effetto molto notevole, diminuendo il vomito in tutti i casi, con una eccezione, in cui tale innalzamento del fondo fu tentato, e *potè esser continuamente mantenuto.* Quel caso eccezionale (46) è assai singolare (quello di Pugliatti). È assicurato che l'utero venne raddrizzato, ma il vomito continuò. Venne adoperata una sonda, con del cotone, per togliere i muchi dalla cervice; si ebbe la guarigione del vomito. Anche un tampone era stato usato, sicchè la vera causa della cessazione del vomito è incerta.

Per capire questa mancanza del vomito nella maggioranza dei casi di retroversione in gravidanza con incarceramento, è necessario di studiare il rapporto che passa tra la retroversione, o flessione, e il vomito nello stato di non gravidanza. Nell'utero non gravido la retroflessione dell'utero è spesso accompagnata da vomito

assai grave; infatti, ho avuto dei casi sotto la mia cura, di cui ho pubblicato le relazioni, nei quali la vita era minacciata dalla intensità del vomito. Ma nella maggioranza dei casi di retroflessione dell'utero non gravido non vi è tale vomito. Qui, perciò, noi abbiamo un parallelo tra le due categorie di casi, la retroflessione può essere accompagnata, ma non di frequente, da vomito grave sì nello stato di non gravidanza che di gravidanza. Altre osservazioni su questo parallelo saranno fatte più avanti.

L'incarceramento o la detenzione dell'utero gravido retroflesso nella pelvi è, apparentemente, dovuto alla forma flessa dell'utero. Prima si credeva che la deviazione avesse luogo dopo che la gravidanza fosse incominciata; ma Tyler Smith ha il merito di aver rilevato che la retroversione o flessione generalmente, quantunque forse non costantemente, precede la gravidanza, e la difficoltà nasce perchè l'utero deviato o flesso aumenta in volume, mentre conserva la sua forma anormale. È la forma anormale, quindi, che apparentemente determina l'incarceramento dell'utero nella pelvi. L'effetto che segue al raddrizzamento dell'utero gravido, nei casi di retroflessione, facendo cessare il vomito dimostra a sufficienza che, quantunque la retroflessione non produca sempre il vomito, è sempre possibile di guarire così il vomito *quando* esso è associato alla deviazione in parola. Il caso riferito da Greslou (Caso 45) offre dei particolari molto interessanti su questo punto.

Incuneamento dell'utero gravido nei casi di vomito grave associato ad anti-posizione o deviazione dell'utero.

È stato dimostrato che l'incuneamento dell'utero in istato di antiflessione si osserva in un numero considerevole di casi di vomito grave della gravidanza. Il fatto dell'incuneamento in simili circostanze richiede un'attenta considerazione, poichè esso evidentemente è un fattore importante nella produzione del vomito.

Intorno a questo argomento sarà necessario considerare la *questione del comportamento normale della cervice, e dell'alterazione di posizione dell'utero insieme alla sua espansione durante i primi mesi della gravidanza, nei casi in cui si ha una tale antero-posizione.* L'antiversione o flessione esistente all'epoca del concepimento persiste per un tempo più o meno lungo. Quando il fondo dell'utero lascia la pelvi, quest'antiversione o flessione diviene dapprima molto minore e man mano che l'utero cresce in volume essa svanisce. Alcune distinte autorità hanno asserito, che il grado di antiflessione aumenti durante i primi mesi, e che l'aumento di flessione in questo periodo debba per conseguenza, considerarsi normale.

Così, Spiegelberg dice: Durante i primi tre mesi, per l'inclinazione del fondo in avanti, e per la lieve resistenza presentata dalla parete addominale anterior-

mente, in contrapposto al substrato resistente opposto alla parete uterina posteriore, l'anteriore viene spinta più in fuori dell'altra, e viene flessa sulla cervice più di prima, spesso anche ad angolo acuto.

Lusk dice: Nei primi mesi l'antiflessione normale dell'utero è aumentata del peso del corpo uterino.

Galabin crede che la presenza dell'antiflessione sia tanto comune nel principio della gravidanza che, accoppiata ad un certo allargamento del fondo, egli la crede uno dei più importanti segni di gravidanza in un periodo iniziale. Jaggard adotta l'idea di Schroeder, che è praticamente identica a quella di Lusk.

L'aumento di spessore delle pareti uterine potrebbe produrre un aumento apparente, od anche reale, della flessione durante i primi due mesi, o un po' più tardi. Durante il terzo mese comincia il sollevamento dell'utero dalla pelvi; e nel corso del mese successivo (o quasi) il corpo dell'utero è tanto al di sopra del margine superiore pelvico che si sente chiaramente in quella posizione. L'epoca precisa in cui l'elevazione raggiunge un tal grado varia nei differenti casi. Deve esser chiaro che un' antiflessione persistente ed aumentante *non accompagnata* da normale sollevamento non può considerarsi normale. La forma del corpo dell'utero mentre esso è nella pelvi è quella di uno sferoide schiacciato, ma la forma che assume poscia è ovoidale. L'innalzamento del corpo dell'utero, insieme al suo aumento in volume, ha per effetto, in circostanze normali, di rendere più o meno completa la flessione persistente.

È stato discusso se possa aver luogo l'incuneamento dell'utero antiverso o flesso. Contro tale idea sta il fatto che le ossa pubiche non fanno sporgenza nella cavità della pelvi, come il promontorio sacrale, e, quindi, non c'è alcun ostacolo che possa produrre l'incarceramento, o che impedisca al fondo dell'utero di innalzarsi dentro l'addome mentre esso cresce e si espande durante il terzo o quarto mese della gestazione. Perciò, si è concluso, che l'incuneamento e l'incarceramento dell'utero gravido antiflesso o antiverso nella pelvi non possono essere ammessi.

L'incuneamento insieme ad antiflessione od antiversione si notò indiscutibilmente in 23 casi di vomito incoercibile (vedi pag. 68). I 23 casi riferiti mostrano che il giusto sollevamento non si avvera sempre; l'utero, crescendo in volume, ma conservando la sua forma flessa, resta in alcuni casi nella pelvi, e nello stesso tempo vi è fissato più o meno solidamente sia per anormale aderenza dei tessuti cervicali uterini, sia per produzione infiammatoria o edematosa nel tessuto cellulare immediatamente soprastante all'utero. Aumento di volume dell'utero, aumento di fissazione, incuneamento, aumento d'intensità del vomito, queste sono le caratteristiche di tale stato nei casi gravi; mentre i fenomeni osservati nei casi meno gravi pare che siano simili, e solo di minore intensità. Gehrung di St. Louis, nel 1882, fece notare la difficoltà che la parete anteriore dell'utero prova

nella sua espansione nei casi di utero gravido antiflesso, poichè la fissazione del fondo sul pube nella sua posizione anormale impedisce la giusta espansione della parete anteriore. Vanno altresì considerate la tumefazione assai notevole del segmento inferiore dell'utero, la diminuzione della circolazione nei vasi circostanti all'utero, la coagulazione della linfa infiltrata nel tessuto cellulare attorno al segmento uterino inferiore, ognuna delle quali circostanze può contribuire alla produzione dell'incuneamento. Quando l'incuneamento persiste, esso provoca delle gravi forme di vomito. Qualsiasi idea si accetti sulla causa dell'incuneamento, pare che esso possa, nei casi peggiori, essere rimosso coi mezzi meccanici. L'incuneamento viene tolto, ed i suoi effetti (sul vomito) spariscono, sollevando artificialmente il fondo; e questo è un procedimento che, necessariamente, altera più o meno la forma dell'utero e diminuisce il grado dell'antiflessione esistente.

Connessione tra l'antiflessione e l'incuneamento nello stato di gravidanza.

Molte autorità sostengono oggi l'idea che l'antiflessione, *per sè stessa*, non debba considerarsi come malattia. Le statistiche presentate da Herman e Vedeler mostrano che anche dei gradi spiccati di antiflessione si osservano piuttosto spesso in donne non gravide, e senza essere accompagnati, com'essi affermano, da sintomi manifesti.

Mentre nega l'importanza delle flessioni, Herman aggiunge l'importante condizione che l'utero sia libero di muoversi: Questa è una condizione che si accorda notevolmente colla mia opinione in proposito: quanto all'influenza della flessione nel *determinare* la fissazione, o nel rendere l'utero meno mobile, probabilmente vi sarebbe una maggior differenza di opinioni tra noi. Nei casi di gravidanza in cui l'utero è antiflesso, ed in cui si ha incuneamento, sorge la domanda: Quanta parte ha l'antiflessione nell'incuneamento? Vi sono molti casi in cui l'antiflessione non è seguita da incuneamento, e l'incuneamento non è una conseguenza necessaria. Le considerazioni cliniche tratte dalla narrazione dei casi citati (vedi p. 68) portano alla conclusione che in questi casi d'incuneamento ed antiflessione la flessione avesse l'importanza massima. E questa idea riceve ampia conferma dall'effetto della cura diretta dell'elemento flessione in tali casi col sollevamento meccanico del corpo dell'utero (vedi p. 77).

Il vomito della gravidanza è un'azione riflessa.

Generalmente si crede che il vomito della gravidanza sia un'azione riflessa. Questa implica il concorso di tre elementi: 1.° L'agente stimolante, che è locale.

2.° Il centro nervoso — l'organo che riceve lo stimolo — che è centrale. 3.° Le contrazioni muscolari costituenti l'atto del vomito.

È logico il supporre che, per quanto riguarda i numeri 1 e 2, possono esserci delle variazioni dallo stato normale, le quali possono colpire l'uno o l'altro esclusivamente. Così, noi possiamo supporre che in un caso l'elemento N. 1 sia la causa principale, mentre in un altro l'elemento N. 2 è responsabile di più; od, in altre parole, supponendo che lo stimolo (eccentrico) in due dati casi sia eguale, il vomito ha luogo in un caso perchè il sistema centrale è anormalmente eccitabile, mentre non è così nell'altro caso trovandosi il sistema centrale in uno stato normale, non facilmente eccitabile. Naturalmente, è anco possibile la forma inversa di combinazione. Il massimo grado di vomito dovrebbe, naturalmente, aversi in quei casi in cui gli elementi 1 e 2 si trovano entrambi esagerati *in più;* e non vi è solo *maggiore eccitazione eccentrica* ma anche un'*aumentata eccitabilità centrale.*

Vi è una categoria di casi in cui il vomito è, forse, principalmente dovuto ad un debilitamento generale o ad un processo esauriente, uno dei cui effetti è un' eccitabilità troppo rapida del sistema nervoso. In queste circostanze esiste una predisposizione al vomito, essendo il centro vomitivo (1) troppo impressionabile, e a catena dei fenomeni morbosi verrebbe costituita dai seguenti anelli consecutivi: 1.° anemia generale degli organi (compresi i centri nervosi) per deficiente nutrizione; 2.° gravidanza; 3.° leggera irritazione uterina; 4.° vomito riflesso.

La teoria riflessa del vomito della gravidanza implica quasi necessariamente che l'utero, o qualche parte di esso, sia il punto di partenza, essendo l'elemento N. 1 la sede dello stimolo eccentrico. La teoria riflessa del vomito grave della gravidanza implica, ancora, che non vi è differenza sostanziale tra il vomito ordinario della gravidanza e la forma grave, o come dicesi incoercibile, di tale affezione.

La maggior parte di coloro che considerano l'utero come rappresentante la parte dell'agente stimolante, mettono in rapporto l'ecitazione con l'espansione a cui quest'organo va soggetto durante la gravidanza, e l'azione consecutiva sui nervi uterini. Alcuni — come il dott. Barnes — attribuiscono l'irritazione ad una anormale tensione del tessuto muscolare dell'utero; altri credono che sia dovuta a diretta pressione sui nervi, prodotta dalla compressione che agisce, sia generalmente che particolarmente, in certe sedi. A me pare che ci siano delle probabilità assai forti in favore dell'idea che i nervi in vicinanza dell'orificio interno dell'utero siano quelli che vengono primariamente eccitati, e che ciò sia dovuto alla compressione sui tessuti che ha luogo in quella sede nella maniera precedentemente descritta, o, possibilmente, dalla diretta compressione dei

---

(1) Vi sono buone ragioni, come è stato osservato dal dott. Oliver (*Trans. Roy. Soc. of Edin.* 1889), per ammettere l'esistenza di un centro vomitivo, quantunque ancora non sufficientemente localizzato.

tessuti indurati della cervice sul ganglio cervicale, com'è accennato a p. 104. Che la compressione esista in un gran numero di volte è dimostrato esaminando i casi, nei quali troviamo segni d'indurimento, inspessimento, flessione anormale, ecc., in o vicino a questa regione dell'utero. Che i rimedi adottati, tanto i sedativi locali, p. es. la cocaina o la soluzione di nitrato d'argento; quanto il trattamento meccanico che agisce liberando dalla compressione i tessuti in questa sede, riescano assai spesso efficaci, può solo spiegarsi supponendo che i nervi eccitati vengano quietati col farmaco, o che l'eccitazione venga a cessare togliendo la pressione.

Qui è importante notare, ancora una volta, che la compressione può esistere nei tessuti cervicali senza simultanea deviazione od incarceramento, od anco flessione, come in un caso assai grave (v. 71, p. 88), in cui la paziente era stata guarita da una antiflessione cronica allorchè sopraggiunse la gravidanza, ma la cervice era spessa e rigida, e tale rimase.

Altri sintomi che indicano l'irritazione uterina nei casi di vomito grave della gravidanza.

Vi sono pochi casi di vomito grave nei quali manchino altri sintomi di un carattere assai importante — sintomi che indicano uno stato anormale dell'utero, o degli organi in immediata vicinanza della cervice. Uno di questi è il *dolore* — dolore sentito in fondo alla pelvi — spesso di carattere grave, quantunque non sempre tale e generalmente costante. Ordinariamente il dolore è più forte da un lato, e particolarmente nella regione del forame ovale. In due casi recenti, N. 87 e 100, questo dolore era assai intenso, ed io ne osservai attentamente il decorso e la storia. Venne alleviato sollevando il fondo, o aiutandolo a sollevarsi dalla pelvi, ed era chiaramente dovuto all'alterazione che produceva l'incarceramento. Un altro sintomo è la *iperestesia al tatto* nella esplorazione vaginale. L'iperestesia è localizzata, come io ho osservato, al lato in cui si trova il dolore. Essa indica pure l'incarceramento dell'utero, od uno stato che si avvicina all'incarceramento; e può trovarsi associata ad una sensazione edematosa nel fornice vaginale, ordinariamente maggiore o minore in un lato. Un altro sintomo spesso associato al dolore ed all'iperestesia è una sensazione di compressione o di pressione. Una paziente aveva la sensazione come se qualcuno sedesse sopra di lei. Essa è dovuta all'incarceramento, o ad uno stato prossimo all'incarceramento, e deve evidentemente attribuirsi alla resistenza che incontrano il sollevamento e l'espansione dell'utero. Ciò è provato dall'effetto benefico che si ottiene mediante una blanda pressione esercitata verso l'alto attraverso il fornice vaginale.

Un altro sintomo che s'incontra spesso in associazione col vomito grave è la frequenza della minzione. Nei casi di antiversione o flessione ordinariamente si ha questa frequenza di minzione.

I sintomi suddescritti si osservano più specialmente nei casi di vomito grave e deviazione anteriore. Nei casi di vomito con retro-deviazione, il disturbo della minzione è generalmente di un' altra specie : la paziente prova difficoltà, e la ritenzione di urina, com' è ben noto, può facilmente aver luogo, ed, invero, costituisce uno dei gravi accidenti di questa speciale malattia.

Altri fatti illustrativi nella storia del vomito della gravidanza.

Alcuni fatti nella teoria del vomito della gravidanza sono importanti per la spiegazione che qui si è data del fenomeno del vomito della gravidanza.

I. La limitazione (come regola) del male ai primi quattro mesi della gravidanza, dopo i quali si ha (ordinariamente) una notevole diminuzione di vomito. Questo cambiamento coincide riguardo al tempo (in tesi generale) col sollevamento del corpo dell' utero della pelvi. Questa cessazione del vomito accade, altresì, in un' epoca in cui l' utero si libera (o dovrebbe liberarsi) del suo stato di flessione. La compressione dei tessuti cervicali dovuta alla flessione od alle sue conseguenze, viene tolta, ed,essendo cessata l'irritazione, il vomito riflesso non si manifesta più. In un dato caso di vomito con incuneamento, secondo ciò che è stato stabilito, dovrebbe aversi un effetto benefico imitando il processo della natura, e togliendo l' incuneamento la paziente dovrebbe sentirsi alleviata. Il fatto che tale alleviamento si ottiene, come mostrano i casi riferiti, è un valido argomento in favore dell' esattezza di tale spiegazione.

II. Un altro fatto nella storia del vomito della gravidanza è quello a cui io accennai nella mia memoria del 1871 (1), che il vomito nella gravidanza si osserva più frequentemente appena la paziente si alza dal letto o poco dopo. Questo fatto accade così spesso che a tal disturbo si è dato il nome di « vomito mattutino. » Ed io notai che può logicamente supporsi che questo vomito mattutino sia dovuto alla posizione eretta la quale produce una esagerazione od un aumento della flessione uterina esistente.

Il dott. Barnes (2), accettando fino a un certo punto la mia teoria, crede che il vomito mattutino sia più frequentemente dovuto alla fame ed alla debolezza. Egli crede che il suo costante manifestarsi al mattino implichi che in quel momento vi sia un maximum di eccitabilità nervosa centrale. Egli aggiunge inoltre, che la turgescenza dei vasi uterini riceve un rapido incremento sotto la pressione idraulica che ha luogo assumendo la posizione eretta.

Può darsi benissimo che l'eccitabilità nervosa centrale sia massima nelle

(1) *Obst. Trans.*, vol. XIII, pag. 114.
(2) *Obst. Med. and Surg.*, vol. I, p. 363.

prime ore del mattino, quando per parecchie ore c'è stata mancanza di cibo e di sostanze nutritive; e questo potrebbe, indubbiamente, avere l'effetto supposto dal dott. Barnes; ed, inoltre, l'aumentata pressione idraulica dev' esser capace di esercitare un certo grado d' influenza, nell'aumento della distensione uterina. I fatti da me osservati sull'azione della posizione eretta come *ostacolo* all' innalzamento del corpo dell'utero nel principio della gravidanza confermano, nondimeno, come pare a me, l' idea da me concepita, che il vomito mattutino sia massimamente, e principalmente, dovuto all'aggravamento temporaneo di una flessione esistente. Vi è un altro fattore che merita attenzione, cioè, il vuotamento del contenuto vescicale, che ordinariamente ha luogo nelle prime ore del mattino. Questo fatto produrrebbe un movimento uterino più rapido verso il basso ed un aumento dell'antiflessione.

SOMMARIO.

Le idee che io ho sostenuto riguardo al vomito della gravidanza mi furono suggerite dalla relazione che pare esista tra i casi di vomito uterino in donne non gravide, nubili, o nullipare, ed i casi di vomito grave nella gravidanza (*vedi ante*, p. 94). In una memoria pubblicata nel 1871 io espressi l' opinione che il vomito della gravidanza sia nelle sue forme più lievi sia nelle più gravi fosse connesso alla presenza di flessione dell'utero. Io osservai ancora nella memoria in parola (1) che in alcuni pochi casi una flessione dell'utero può produrre vomito molesto se la paziente diviene gravida, ma che la flessione dell'utero non sempre dà origine a vomito molesto quando ha luogo la gravidanza; come pure, che l'antiflessione dell'utero gravido s' incontra più spesso di quanto si supponesse (in quel tempo, 1871). In questa memoria (1871) il vomito della gravidanza veniva spiegato come dovuto alla presenza di una concomitante flessione dell'utero; e tale conclusione si basava sulla somiglianza tra i casi di vomito uterino dovuto a flessioni uterine, ed il vomito che si osserva nei casi di gravidanza.

Nel 1884 presentai una memoria alla Società Ostetrica di Londra sul « Vomito grave o cosidetto incoercibile della gravidanza » (2) in cui riferivo un numero considerevole di casi (32) illustranti la storia e la natura di questa affezione. I due fattori su cui s' insisteva come più importanti erano: 1. L' incarceramento dell'utero nella pelvi insieme a flessione o versione. 2. L'anormale indurimento e rigidità della cervice e dei tessuti attorno all' orificio interno. I fatti mostrarono che l'ostacolo all'espansione dell' utero esisteva dal principio della gravidanza.

---

(1) *Obst. Trans.*, vol. XIII, p. 108.
(2) *Ibid.*, vol. XXVI; p. 273.

Nella discussione che ne seguì al fatto importante, allora per la prima volta annunciato e sostenuto dai fatti, che in un gran numero di questi gravi casi di vomito, l'utero si trovi *contemporaneamente deviato ed incarcerato*, a questo punto, dico, fece solo cenno uno degli oratori (il dott. Galabin), il il quale, tuttavia, pare credesse che nei casi di antiflessione l'incarceramento fosse impossibile, quantunque ammettesse pienamente l'esistenza dell'incarceramento nei casi di retroflessione. Pure era stabilito nella memoria che, in 12 fra 23 casi di spiccata antiversione o flessione, si trovò incuneamento dell'utero antiflesso od antiverso nella pelvi.

Nel 1888 un'altra serie di casi venne raccolta in una memoria (sul « Vomito grave della gravidanza ») letta innanzi alla Società Ginecologica Americana, in Washington, S. U., e stampata nel vol. XIII *Atti della Società*. Vennero presentati altri casi addizionali per mostrare che l'incuneamento o l'incarceramento dell'utero gravido, insieme ad anti o retro-deviazione, si era incontrato in un gran numero di casi. Un altro fattore, la rigidità della cervice, si era notato in parecchi casi, con o senza deviazione. In questa memoria s'insisteva di nuovo sulla frequenza dell'incuneamento od incarceramento dell'utero gravido, costituente un impedimento alla normale espansione uterina, e si presentavano delle tavole statistiche per mostrare la grande frequenza ed importanza del fenomeno nei casi di antiflessione, come anche nei casi di deviazione indietro, ma specialmente nei casi in cui c'era antiflessione.

Fin dal 1877 Spiegelberg avea espresso una opinione assai valida sull'influenza della flessione, con incuneamento dell'utero nella pelvi, nella produzione del vomito grave della gravidanza. Dò la seguente citazione tolta dalla sua opera ben nota:

« A volte qualche grave malattia dello stomaco (ulcera semplice, o infiltrazione delle pareti gastriche) dà origine al vomito: ma, generalmente, le cause sono oscure.... Dove tale causa può escludersi, noi dobbiamo cercare una spiegazione nella ben nota simpatia esistente tra gli organi genitali e lo stomaco nelle alterazioni dell'innervazione; ed a questo riguardo è importante notare che *in un grandissimo numero di casi una qualche sorgente d'irritazione è stata trovata nell'utero*, p. es. *flessione, con incuneamento nella pelvi; o un qualche ostacolo al suo sollevamento da quest'ultima; o un turgore infiammatorio in una porzione circoscritta del corpo, e specialmente della cervice*, con o senza ulcerazione. Nondimeno, vi sono dei casi in cui non può cogliersi alcuna alterazione all'esame obbiettivo (1) » (Il corsivo è testualmente mio. — G. H.)

Spiegelberg connette così la flessione col vomito per mezzo del concomitante incuneamento. Nella mia prima memoria, pubblicata precedentemente (1871), era

(1) « Manuale di Ostetricia. » *Syd. Soc. Trans.*, vol. I, p. 348.

affermato che la flessione producesse il vomito a causa della compressione sulle ramificazioni nervose nel punto della flessione (1): ed io ancora feci notare gli effetti benefici della posizione orizzontale, la quale fornisce all'utero espandentesi una migliore occasione per sfuggire dalla pelvi. Queste citazioni dimostrano sufficientemente una completa identità tra le idee di Spiegelberg e quelle da me enunciate nel 1871.

Le idee di Guéniot, uno dei più recenti e dei più antichi scrittori sull'argomento, sono in massima d'accordo con le suespresse. Guéniot crede che la forma « semplice » come la « ostinata » del vomito della gravidanza differiscano l'una dall'altra solo per grado d'intensità. Nella sua tesi del 1863 egli manifestò questa opinione. Egli l'ha recentemente riaffermata in un lavoro (2) pubblicato nel 1889. Egli crede che la causa primitiva della forma ostinata del vomito sia la gravidanza. Altre influenze che fanno ostinato il vomito derivano più comunemente da *uno stato morboso od anormale dell'utero*, il quale comprende: l'ulcerazione, i tumori, la deviazione, l'atresia, ecc. *della cervice*; una depressione, una flessione, un incarceramento, od un'esagerata tensione del *corpo dell'utero. Nel maggior numero dei casi la sede reale sta nella cervice.*

Queste lesioni non provocano sempre il vomito; ma bisogna ammettere che alcune (p. es. l'adesione dell'uovo) sono di difficile diagnosi, e possono esistere quantunque non si rivelino. Guéniot crede che vi siano tre fattori: 1. l'utero, 2. il sistema nervoso, 3. lo stomaco. I tre fattori raramente concorrono ugualmente.

Deduzioni generali.

Il vomito che si manifesta nella donna gravida può esser dovuto a malattia di un altro organo che non sia l'utero.

Esclusi questi, quasi la maggior parte dei casi di vomito osservati durante la gravidanza dipendono da questa (vomito *della* gravidanza).

Il vomito non è un sintoma generale nè un effetto necessario della gravidanza, da ciò segue che esso non è un fatto fisiologico, nel senso stretto della parola. Il vomito della gravidanza può esser lieve o grave. Non vi è differenza sostanziale, tranne quella di grado, tra i casi di vomito della gravidanza lieve e grave.

È logico, quindi, concludere che la causa del vomito lieve e del grave della gravidanza sia una stessa, e che la causa predisponente nei due casi differisca solo per intensità. Un leggiero grado di irritazione, se è *persistente*, può produrre grave vomito con pericolo.

---

1) *Atti Ostet.*, vol. XIII, p. 113.

(2) « Vomissements de la grossesse. » *Bull. de Acad. de Méd.*, Paris, 1889.

La dimostrazione che può addursi sta grandemente a favore dell'idea che la *irritazione* la quale suscita il vomito abbia la sua sede nell'utero.

Tale dimostrazione pare porti alla conclusione che l'irritazione può ulteriormente definirsi come un'anormale pressione o tensione dei filetti nervosi distribuiti alle pareti della cervice, e specialmente di quelli in vicinanza dell'orificio interno; possibilmente in alcuni casi a pressione diretta sul ganglio cervicale.

Un'anormale pressione o tensione può aver luogo in ogni caso in cui quel processo di espansione nei tessuti della cervice che è naturale alla gravidanza venga ritardato od ostacolato per lo stato in cui si trova la cervice.

Può ammettersi che un'anormale tensione attorno all'orificio interno può anche aver luogo quando il contenuto dell'utero eserciti una pressione straordinaria qualora il suo volume sia eccessivamente grande. Un'anormale quantità di liquido amniotico, un considerevole inspessimento ed ipertrofia dell'endometrio (endometrite deciduale), la gravidanza gemellare ecc., possono altresì, se associati ad una lieve rigidità cervicale, dare origine ad una tensione tale da provocare un vomito anormale ed intenso.

Le alterazioni dell'utero che s'incontrano più di frequente nei casi di vomito grave come provano i casi riferiti sono:

a) Flessione spiccata in avanti o indietro.

b) Rigidità dei tessuti della cervice.

c) Incuneamento o detenzione del corpo dell'utero nella pelvi.

Questi tre fattori vanno spessissimo associati, e sono di varia intensità.

Dai fatti registrati pare risulti che l'incuneamento e la rigidità dei tessuti sia connessa alla flessione. La flessione per sè stessa pare incapace di produrre vomito grave a meno che i tessuti non siano eccessivamente lassi e molli. Pare che l'incuneamento non possa aver luogo senza che ci sia flessione, e pare accertato che solo quando la flessione è spiccata l'incuneamento diviene considerevole.

Pare che si sia riconosciuto che i casi d'incuneamento con *retro*-flessione possano spiegarsi colla presenza della deviazione. La guarigione col raddrizzamento in simili casi è stata pure riconosciuta. Per quanto riguarda i casi di *anti*-flessione la cosa è differente, ed egli è per la spiegazione di questi casi che la dimostrazione adducibile richiede uno studio accurato prima che venga rigettata la spiegazione stessa.

L'esistenza dell'incuneamento nei casi di vomito grave nei *casi di antiflessione* è comunissima come si è provato, e questa è una circostanza che distingue completamente tali casi da quelli di antiflessione ordinaria dell'utero gravido. Ammettendo come cosa normale che l'utero sia antiflesso, è però anormale ch'esso sia incuneato, ed a tal segno in alcuni casi da impedire il sollevamento in modo da aver fatto usare l'espressione « irriducibile. » Questo si riferisce ad una questione di fatto, ed il lettore può rivedere i casi che provano tale asserzione.

L'alleviamento del vomito, che si ha sollevando l'utero incuneato, antiflesso dimostra che l'antiflessione ha una parte importante nella produzione del vomito *quando esiste un simile incuneamento.*

L'effetto, anch'esso salutare, della dilatazione dell'orificio (metodo di Copeman), è in molti casi probabilmente dovuto alla correzione accidentale della flessione o della deviazione uterina.

L'addensamento dei tessuti cervicali che s'incontra nei casi di vomito grave della gravidanza è spesso dovuto a metrite di una cervice precedentemente flessa. Esso rende più stabile la flessione; quindi si ha maggiore difficoltà di espansione. C'è sclerosi dei tessuti; quindi effetti maggiori per la pressione sui nervi. Questa resistenza delle pareti esterne al processo di espansione può produrre a volte l'inspessimento e l'ipertrofia deciduale (endométrite deciduale di Veit, Jaggard, ed altri) che si sono osservati alcune volte; essa è una resistenza che può impedire il normale accrescimento intra-uterino.

I tessuti cervicali non sono addensati, o almeno, non molto evidentemente, in tutti i casi; in questi pochi casi eccezionali la flessione si esagera con ogni sforzo, a causa dell'anormale rammollimento dei tessuti, ed il vomito si accompagna a tale sforzo.

I casi lievi ordinari di vomito della gravidanza si possono spiegare colla presenza di leggieri gradi di flessione — generalmente antiflessione — senza bisogno che ci sia alcun apprezzabile addensamento di tessuto.

I casi in cui il vomito si manifesta a gravidanza inoltrata possono spiegarsi supponendo che vi siano in simili casi delle aree sclerotiche in vicinanza dell'orificio interno, le quali non vengono molto influenzate dall'aumento in volume dell'utero finchè la gravidanza non sia avanzata. Può darsi che il vomito che si osserva negli ultimi mesi dipenda da una soverchia distensione dell'utero, la quale dà origine a tensione dei filamenti nervosi delle pareti dell'utero.

Gli elementi nervosi ed i fisici predominano diversamente nei differenti casi. Così, uno stato d'indebolimento, e di decaduta nutrizione dei centri nervosi rende capace una leggiera irritazione uterina di produrre il vomito. Passando all'altro estremo, una grave flessione uterina confermata, può provocare vomito accentuato, quantunque i centri nervosi non siano particolarmente deboli o sovra-eccitabili. Fra i due estremi, quindi, vi sono tutte le immaginabili gradazioni. Nei casi in cui mancano entrambi gli elementi, il nervoso (centrale) ed il locale (uterino) le difficoltà potranno essere maggiori.

La possibile successione morbosa che precede la gravidanza nella maggior parte dei casi di vomito grave della gravidanza può stabilirsi così:

1.° Indebolimento (per inadequata nutrizione) dei tessuti uterini.

2.° Manifestazione di gradi di flessione anormali.

3.° Metrite e consecutiva rigidità della cervice; e, dopo che la gravidanza ha avuto luogo:

4.° Aumento del grado di flessione e di deviazione.

5.° Aumento della tumefazione e tensione dei tessuti della cervice.

6.° Vomito gradatamente crescente.

7.° Incuneamento od incarceramento.

Nei casi eccezionali in cui l'utero è troppo molle al principio della gravidanza, la rigidità manca, almeno dapprima.

Trattamento del vomito lieve e del grave della gravidanza.

Ciascun caso va trattato secondo la propria importanza. Va da sè che è cosa di primaria importanza il determinare la causa del male in un dato caso. Praticamente, è necessario determinare quanto più precisamente è possibile se la causa sia una malattia, od un'anomalia dell'utero o di qualche altro organo del corpo. Si potrà incontrar molta difficoltà ad escludere assolutamente quest'ultima, ma sarebbe relativamente facile nel maggior numero dei casi scoprire l'esistenza della prima (l'affezione uterina) quando essa sia presente in un dato caso.

Il trattamento *generale* dei casi di vomito grave nella gravidanza, che è importantissimo dal punto di vista preventivo, è un argomento che richiede attenzione speciale in tutti i casi. Considerando il vomito come un atto riflesso, il principio del trattamento si fonda, naturalmente, sulla rottura del legame dell'azione riflessa diminuendo o togliendo l'irritazione (qualunque essa sia), o diminuendo la sensitività dei centri nervosi. Il buon nutrimento, i tonici nervosi, l'aria fresca, ed altre misure igieniche generali, possono rendere buoni servizi specialmente nell'ultimo caso, e quando l'irritazione non è in grado avanzato, possono bastare a produrre un notevole sollievo. Questi rimedi generali vanno particolarmente indicati in tutti i casi in cui c'è debolezza, ed a meno che il vomito non siasi, per così dire, stabilito, possono rendere non necessario uno speciale trattamento locale. Una buona dose di riposo, e l'osservanza della posizione orizzontale più o meno rigorosa, sarebbero ancora necessari in tutti i casi.

Casi di vomito lieve della gravidanza. — Quando trattasi di una prima gravidanza, e lo stato di salute generale ad essa precedente è stato buono, e non sianvi state difficoltà mestruali, la miglior via da tenere da principio sarebbe quella di somministrare dei blandi purganti, o di fare dei clisteri quotidiani, sì da impedire ogni sforzo nel defecare; dare spesso dei cibi, ma in piccola quantità; ordinare alla paziente di mangiare a letto, e di evitare ogni sforzo violento. È indispensabile aggiungere che deve evitarsi ogni pressione addominale, col corsetto od altro. Sono importanti per la cura, l'aria ed il moto, ma questo deve farsi con

moderazione. La posizione seduta non è favorevole; il curvarsi, il sollevarsi, il trasportare oggetti, e simili sforzi, debbono evitarsi. Ciò allo scopo d'impedire la esagerazione o l'aumento del vomito.

Nei casi in cui sianvi stati sintomi uterini locali prima della gravidanza, o in cui vi sia stato un indebolimento generale, o una precedente gravidanza, sarà conveniente nei casi di vomito lieve persistente assicurarsi dello stato dell'utero per mezzo di un' esplorazione digitale. Qualora ci sia un grado avanzato di flessione dell'utero, è importantissimo di por mente a tale circostanza fin da principio; e qualora siavi un grado spiccato di flessione dell'utero, accertarne la natura e la varietà, poichè il trattamento che si richiede per una retroflessione è assolutamente diverso da quello richiesto in un caso di antiflessione acuta. È importante, inoltre, di aver subito conoscenza dell'esistenza di tale specie di complicanza, poichè delle precauzioni relativamente semplicissime quanto al trattamento, sono di grande efficacia in quel periodo.

L'esplorazione richiesta deve farsi col dito (previa lavatura accurata collo spazzolino che è condizione essenziale), dopo che l'ostio vaginale è stato accuratamente pulito. La vescica dovrà essere vuotata. La paziente giace sul fianco, vicino alla sponda del letto, con le ginocchia tirate bene in su. Questo metodo d'esame permette, secondo la mia esperienza, una esplorazione più profonda dell'interno della pelvi dal basso che non ogni altro metodo. Generalmente è assai facile di determinare se il corpo dell'utero è inclinato indietro o in avanti. Se la bocca dell'utero è *molto indietro*, e non è così facile di raggiungerla come ordinariamente, l'utero è generalmente antiverso o flesso. Se la bocca dell'utero si sente dietro la sinfisi, e molto vicina a questa, l'utero è generalmente retroverso e flesso. La diagnosi viene confermata constatando la presenza del fondo dell'utero in avanti o indietro, secondo i casi. Quando vi è retroversione o flessione, il dito spinto dietro la cervice incontra generalmente qualcosa di simile ad un tumore rotondo avente la forma del fondo dell'utero. Per contrapposto, se vi è antiversione o flessione, dovrà sentirsi un'espansione facente pressione sul fornice vaginale anteriormente alla cervice. In alcuni casi questo tumore anteriore è percepito dal dito solo come una resistenza, non potendo venire ben precisato il suo contorno. Se non c'è resistenza dietro la cervice, l'idea della presenza di una retroflessione può venire esclusa, e può ritenersi che l'utero è più o meno antiflesso. Un certo grado di antiflessione è naturale all'utero. L'antiflessione diviene certamente anormale quando il fondo allargato si sente molto in basso dietro la sinfisi, e resiste ai tentativi fatti per spingerlo in alto; si ha da fare allora con un caso d'incarceramento od incuneamento dell'utero antiflesso. Potrà incontrarsi un certo grado di fissazione, dato alla cervice antiflessa da un precedente processo infiammatorio; ed allora si sentirà dura, ingrandita, e resistente, più o meno, ai tentativi di raddrizzarla.

L'antiflessione può essere associata ad una cervia rammollita. Se il rammollimento è troppo pronunziato, è più facile che l'antiflessione esistente aumenti temporaneamente stando all'impiedi e facendo degli sforzi. La mobilità di un utero antiflesso è, generalmente, una circostanza favorevole, poichè l'utero si espande e cresce più liberamente; ma in alcuni pochi casi la mobilità è eccessiva, ed il fondo prova difficoltà a sollevarsi dalla pelvi. L'esplorazione digitale ci mette in grado di determinare il grado di discesa del fondo ed il grado di antiflessione; come pure il volume, e la sofficità o la durezza della cervice.

Trattamento dei casi di vomito grave associato a retroflessione o retroversione.

In casi di simile natura è bene usare il catetere, e vuotare il contenuto della vescica, prima d'iniziare qualsiasi trattamento meccanico. La vescica può trovarsi distesa e piena di urina. Nondimeno, la ritenzione di urina non è sempre costante nei casi di utero gravido retroverso o flesso, specialmente in un periodo iniziale. Quando la ritenzione esiste, un preliminare necessario nella cura consiste nel toglierla.

Il raddrizzamento dell'utero dovrà eseguirsi quanto più presto è possibile. La resistenza al raddrizzamento è varia nei differenti casi. È meglio eseguire il raddrizzamento gradatamente se ci è molta resistenza, altrimenti potrebbe prodursi involontariamente l'aborto. La paziente dovrà stare a letto per alcuni giorni, tenendo la posizione genu-pettorale, ogni ora durante il giorno, per tre o quattro minuti alla volta. Per coadiuvarla, potrà farsi col dito una pressione sul fondo verso l'alto. Generalmente si richiede un pessario in questi casi di retroflessione, ma non sempre, poichè un'accurata cura di posizione farà molto. Ordinariamente, vi è un certo grado di resistenza al raddrizzamento, poichè in generale la deviazione c'è stata per qualche tempo prima della gravidanza. E vi è generalmente una tendenza alla recidiva, sicchè, spingendo il fondo in alto, esso ricade spesso ritraendo il dito. Qualche volta è una buona pratica l'introdurre subito un pessario. Dapprima potrà usarsi il semplice anello a molla coperto di gomma elastica, e di tale grandezza (diametro esterno 2 1[2 pollici) da non far troppa pressione, seguito da uno più grande, o un pessario di Holge a rivestimento spesso (Alberto Smith), come mostra la fig. 2. Insieme all'uso del pessario la paziente dovrà restare in riposo assoluto finchè l'utero si sia innalzato fino al suo posto normale. Ella dovrà giacere sul fianco, e di tanto in tanto stare nella posizione sui genu-pettorale.

Nei casi in cui la resistenza è maggiore, il raddrizzamento non dovrà tentarsi prima che la paziente non sia stata tenuta a letto per due o tre giorni, e

dopo l'uso della posizione genu-pettorale, etc. Allora mettendo la paziente in tale posizione si fa pressione colle dita sul fondo, dietro la cervice. A tal uopo le due dita possono essere introdotte nella vagina, o può farsi pressione dal retto. Quest'operazione può essere eseguita subito; o può esser fatta a riprese, in modo da correre minore rischio di provocare l'aborto.

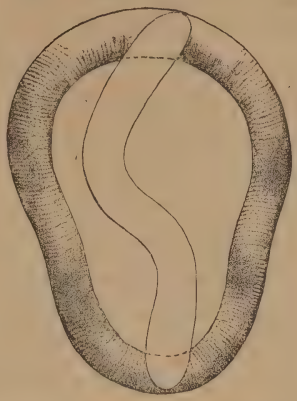


Fig. 2. — Rappresenta a 2|3 la grandezza media di un Pessario mod. Hodge (Alberto Smith), usabile in un caso in cui la paziente non sia primipara.

Quando la riduzione è stata eseguita, generalmente, si consiglierà il riposo per due o tre settimane giacendo sul fianco, ed ordinariamente in questo periodo è necessario un pessario. Il pessario potrà esser cambiato di tanto in tanto. Se esso è molto piccolo, o troppo stretto all'estremità superiore, il fondo dell'utero può sfuggire da un lato, e l'intento fallisce. Nel caso 31 si ebbe questa difficoltà.

Il pessario può esser tolto dopo che sono trascorsi quattro mesi di gravidanza, nel qual periodo il fondo ordinariamente è troppo grande per ricadere dentro la concavità sacrale.

Trattamento del vomito della gravidanza quando l'utero è antiflesso.

A scopo pratico possiamo dividere i casi in tre categorie, *a*, *b* e *c*.

a) Casi in cui il vomito è insistente, ostacola la nutrizione, e si manifesta solo stando all'impiedi o facendo uno sforzo, o nell'alzarsi al mattino. Le pazienti che ne sono affette dovrebbero usare un sofà invece della sedia, evitare le lunghe passeggiate o gli sforzi-contorsioni, sforzi per sollevare, ecc. Dovrà procurarsi il vuotamento quotidiano e facile delle intestina. Cibo in poca quantità alla volta, ma spesso. Generalmente si ha uno stato debole, per la cattiva nutrizione, e la paziente ha bisogno di cibi albuminosi, facilmente digeribili, ma in buona quantità. Queste misure precauzionali per lo più abbisognano sino alla fine del quarto o sino alla fine del quinto mese, dopo di che nel maggior numero dei casi la tendenza al vomito cessa.

b) I casi intermedii di vomito della gravidanza con antiflessione sono quelli in cui il vomito diventa grave, ma viene più o meno prontamente arrestato dalla quiete assoluta nella posizione orizzontale per un periodo che varia da due a quattro settimane. In questi casi vi è una tendenza all'incuneamento; ma per mezzo della

posizione orizzontale e del riposo, l'incuneamento può essere impedito; ogni giorno il fondo si solleva un poco, e dopo pochi giorni la crisi può passare. In questi casi la paziente dovrà giacere sul dorso, sollevando alquanto la pelvi di tanto in tanto con un cuscino. La posizione genu-pettorale rende anche dei buoni servigi, e ci coadiuva nel nostro intento, che è quello di aiutare il fondo a sollevarsi dalla pelvi. La pressione fatta di tanto in tanto sul fornice vaginale verso l'alto per mezzo del dito aiuta materialmente il sollevamento del fondo. In questa categoria di casi la paziente dev'esser tenuta a letto per un mese o per sei settimane. L'idea di applicare un sostegno artificiale — un pessario — sorgerà, naturalmente, se il trattamento succennato riesce inutile, o, anche quando quantunque il trattamento abbia avuto successo nella guarigione del vomito, la paziente ne sia stanca per il continuo stare a letto. Quanto al nutrimento, è affare di grande importanza. Dapprima la miglior cosa sarà di praticare dei clisteri nutritivi per due o tre giorni. Piccole dosi di zuppe, brodo di manzo, o latte possono contemporaneamente somministrarsi per la bocca, se possono essere ritenute.

c) I casi speciali da considerarsi sono quelli nei quali, malgrado il riposo a letto, l'astensione del nutrimento per la bocca, e la cura colle medicine, il vomito è sempre incessante, o solo intermittente a brevi intervalli; mentre nel contempo cresce in intensità, mostrando ogni giorno maggiore prostrazione e tendenza ad un esito fatale.

In questi casi il trattamento necessario è essenzialmente meccanico. In primo luogo, deve farsi una pressione continua, pochi minuti alla volta, sul fornice vaginale. Il migliore strumento da usarsi è il dito, per mezzo di cui può applicarsi prontamente una pressione blanda, e costante, sì da sollevare gradatamente il basso fondo della vescica ed il fondo dell'utero che giace su di essa. Se si adopera il dito bisogna aver la cura di lavarlo prima collo spazzolino e di usare olio fenicato od un altro antisettico per ungerlo. Se vi è tale resistenza da non potere effettuare l'innalzamento con tale metodo, un pessario vaginale ad aria compressa fornirà un mezzo di grandissima efficacia per vincerla. Il pessario ad aria compressa di Gariel, usato a tal uopo, dev'essere di forma assolutamente sferica. La misura necessaria è di pollici 1 3[4 di diametro quando non è disteso. Dopo l'introduzione dovrà riempirsi rapidamente, in modo che avrà un diametro da pollici 1 6[8 a 2 2[3, o che non superi i pollici 2 1[4. È necessaria una minuta attenzione per regolare l'insufflazione. Il pessario dovrà essere introdotto completamente vuoto. La siringa di rame per riempirlo, con sei od otto colpi di stantuffo dilaterà il pessario fino a un diametro di circa 2 pollici; il rubinetto dovrà chiudersi rapidamente nel momento seguente all'ultimo colpo di stantuffo, e bisogna aver cura di assicurarsi prima ch'esso non lasci passare aria. Prima dell'introduzione la vagina dovrà essere irrigata con acqua calda, contenente acido fenico

o sublimato. Il pessario dovrà essere immerso in una soluzione di sublimato prima della sua introduzione. Dopo che il pessario è stato introdotto e fissato la paziente deve giacere sul dorso per lo spazio di sei a dodici ore. Allora dovrà togliersi il pessario, facendo prima vuotarne l'aria. Quindi si praticherà una doccia vaginale antisettica; ed il pessario, dopo essere stato accuratamente pulito, può essere riintrodotto; ovvero sarà meglio aspettare 24 ore prima di usarlo nuovamente. Io ho parecchie volte usato questo strumento nel trattamento dell'antiflessione con un fondo pesante in casi di non gravidanza, e l'ho anche adoperato colle stesse misure nella gravidanza col più soddisfacente risultato. È sommamente importante che il globo elastico sia perfettamente rotondo. È altresì molto necessario di badare a non distenderlo troppo, altrimenti si corre il rischio di provocare l'aborto.

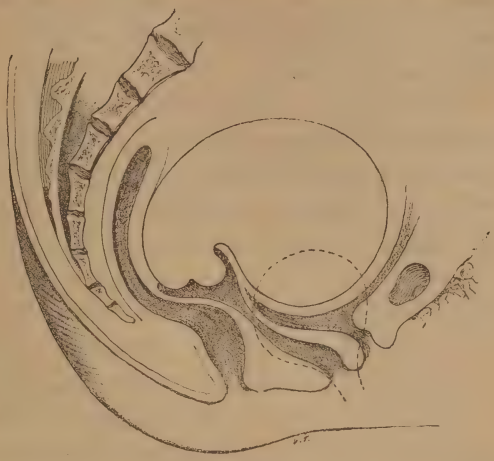


Fig. 3. — Rappresenta schematicamente una sezione della pelvi con un utero gravido antiflesso ed incuneato a circa tre mesi e mezzo. La linea punteggiata indica la posizione del Pessario ad aria compressa. Vedi figura seguente.

Una pratica ottima in un caso difficile è quella di esercitare prima col dito per pochi minuti un po' di pressione, e quindi introdurre il pessario. Questa manovra può ripetersi per 2 o 3 giorni consecutivi.

Le figure 3 e 4 rappresentano schematicamente la posizione e l'azione del pessario ad aria compressa quando l'utero gravido è antiflesso ed il fondo

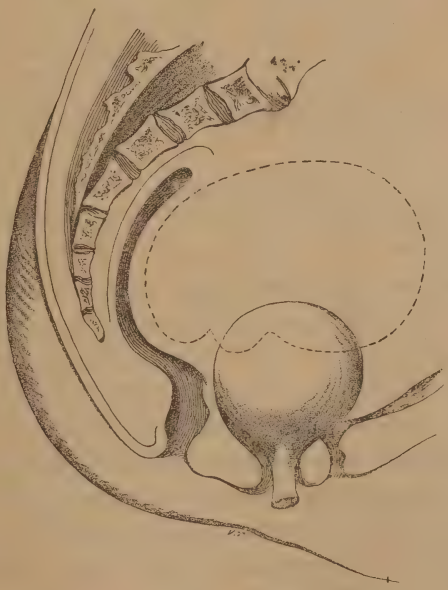


Fig. 4. — Rappresenta la modificazione che si suppone arrecata alla posizione dell'utero della precedente figura dall'azione del Pessario ad aria compressa. La modificazione è rappesentata dalla linea punteggiata.

giace dietro la sinfisi pubica. Nella figura 3 l'utero ha la grandezza uguale alla metà come se si trattasse di una gravidanza a circa tre mesi e mezzo. La posizione che il globo elastico andrà a pigliare è rappresentata da una linea punteggiata, ed indica l'effetto che può aversi dal pessario nel sollevare il globo dell'utero dalla sua posizione bassa.

Nella figura 4 è rappresentata schematicamente la variazione della posizione uterina che si suppone prodotta dal pessario ad aria compresa. Qui il pessario occupa tale posizione che il globo dell'utero è necessariamente spinto in alto, e l'utero così sollevato è rappresentato da una linea punteggiata. L'azione benefica del pessario va chiaramente connessa colla sua grandezza, poichè s'esso è troppo grande è facile che tiri in su l'intiero utero, mentre quel che bisogna è una pressione verso l'alto che agisca principalmente sul fondo dell'utero. L'esperienza ha mostrato che il pessario agisce meglio quando è disteso fino a circa due pollici di diametro.

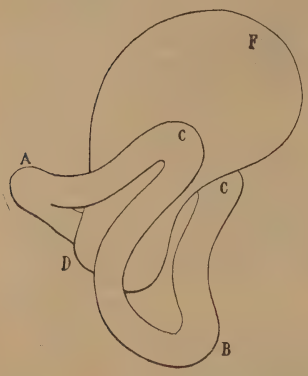


Fig. 5. — Rappresenta la posizione e l'azione del Pessario a cuna. La linea *D F* rappresenta l'utero in istato di non gravidanza. La grandezza del Pessario qui rappresentato è uguale alla metà di quella adatta per il terzo mese di gravidanza.

Nei casi in cui l'intiero utero è assai molle, è necessario il pessario, e spesso deve adoperarsi, per un po' di tempo al giorno per una o due settimane; poichè appena esso è rimosso, il fondo cade ed il vomito riappare. Nel maggior numero dei casi in cui è necessario adoperare per un tempo più lungo un pessario, io preferisco un pessario a culla di gomma elastica, simile a quelli costruiti per me dal sig. Russell in George Street 57, Portman Square. Il pessario a cuna, però, non è maneggiato da coloro che non sono pratici del suo uso così facilmente come il pessario ad aria di Gariel.

In parecchi casi che potrei citare, la gravidanza ha avuto principio mentre la paziente trovavasi in cura per antiflessione, ed in tali casi il pessario ha potuto rimanere fino al quarto mese con grande vantaggio.

Gli effetti della correzione di posizione dell'utero, ed il parziale raddrizzamento dell'utero che seguono al trattamento suddescritto, sono ordinariamente così spiccati e immediati per quanto riguarda il vomito, da non lasciare alcun dubbio sulla loro efficacia. Il modo assoluto e rapido con cui cambia lo stato della paziente è spesso assai notevole. Se si ottiene un miglioramento, è ovvio che sarà solo necessario insistere nel metodo di cura superiormente tracciato.

I tamponi vaginali sono stati adoperati con successo. L'azione del tampone vaginale se il tampone è di forma *globulare* è simile a quella del pessario ad

aria compressa. I tamponi furono usati nei casi 77, 88, 97 e 99, apparentemente con grande vantaggio. Nel caso 97 pare che il tampone non abbia avuto tanta utilità. Può darsi ch'esso sia stato troppo grande. Il pessario ad aria compressa è superiore ad ogni altra forma di tampone per comodità e facilità di adattamento, come pure per la certezza di provocare il conveniente sollevamento del fondo antiflesso od antiverso.

Metodo della dilatazione di Copeman. — Un paragone tra questo metodo di cura ed il raddrizzamento della posizione uterina è stato già fatto a p. 83. Nella maggior parte dei casi, io son d'avviso che il raddrizzamento uterino sia superiore alla dilatazione per il suo potere di arrestare il vomito.

La dilatazione di Copeman ha alcuni svantaggi. Uno di questi è, che nei casi peggiori la bocca dell'utero è così piccola che il dito è insufficiente allo scopo della dilatazione finchè la bocca non venga aperta colle sonde; un altro è, che in alcuni casi essa è stata trovata inefficace quantunque l'intiero canale cervicale si sia dilatato; un altro è la facilità, come provano i casi registrati, di provocare l'aborto. Finalmente, deve affermarsi che i casi ricordati favoriscono l'idea che il raddrizzamento e il disimpegno dell'utero incuneato od incarcerato pare che abbiano almeno buon effetto nella guarigione del vomito, mentre costituiscono il metodo più semplice, e meno soggetto ad obbiezioni quanto alla possibile provocazione dell'aborto. Vi sono, probabilmente, dei casi eccezionali, nei quali la correzione della posizione uterina non riesce ad arrestare il vomito (come nel caso 71). Allora dovrebbe tentarsi il metodo della dilatazione, poichè con esso lo stato di contrazione sclerotica dei tessuti cervicali, che si suppone esista allora, sarà tolto con facilità in maniera più assoluta e completa.

Quanto al modo di dilatare l'orificio esterno e la bocca uterina, quando l'orificio è stretto, possono prima adoperarsi le sonde, di grandezza gradatamente crescente, ciò che si ottiene benissimo coi dilatatori di Hegar nei casi di non gravidanza; ovvero può adoperarsi prima un dilatatore metallico bitagliente costruito sulla forma dell'allarga-guanti. Appena l'orificio esterno permette l'introduzione del dito, questo sarà adoperato come mezzo migliore e più sicuro di una sonda. La resistenza alla dilatazione è spesso assai grande. Può adoperarsi una spugna preparata, ma coll'uso delle tente spugne si corre maggior pericolo di sepsi che coll'uso di sonde o dilatatori di altre specie. Se si usano le tente spugne dovranno essere accuratamente disinfettate. Il dott. Aust Lawrence raccomanda caldamente le tente spugne preparate al sublimato (1). Il dito, usando tutte le più rigorose cautele antisettiche, è da preferirsi nella maggior parte dei casi quando lo stato

(1) Vedi *Obstet. Trans.*, vol. XXXI.

dell'orificio esterno ne permette l'introduzione. Quanto alla dilatazione, è meglio dilatare lentamente anzichè rapidamente. Il caso di Meredith (N. 96) offre dei particolari istruttivi riguardo alla dilatazione.

Uso degli agenti medicinali. — Una moltitudine di farmaci sono stati adoperati e raccomandati come aventi speciali effetti terapeutici nella cura del grave vomito della gravidanza. La maggior parte di essi, è stata trovata assolutamente inutile nei casi veramente gravi. Una delle ragioni dell'apparente riuscita di uno speciale rimedio in un caso, e la sua assoluta inefficacia in un altro, gli è probabilmente che, quando si è avuto un risultato apparentemente buono, è stata una semplice coincidenza, mentre il vantaggio reale è stato dovuto ad un subitaneo cambiamento nello stato dell'utero (Vedi p. 87).

La *medicatura locale* è indubbiamente efficace in alcuni casi. I calmanti hanno, applicati localmente, un buon effetto evidente, tanto usati da soli che insieme ad altre cure. Vanno raccomandati caldamente i tamponi vaginali inzuppati nella decozione di papavero. La cocaina applicata localmente all'orificio esterno o nell'interno del canale cervicale si è mostrata utile in alcuni casi. Così ancora, le applicazioni caustiche all'orificio esterno ed all'interno della cervice uterina (p. 93) sono state caldamente raccomandate (Giordano, Marion Sims, ed altri). L'oppio, ed una varietà di altri calmanti, potranno rendere dei buoni servigi applicati in forma di tamponi in modo da agire prontamente sui nervi eccitati nella cervice uterina. Così ancora, le doccie di acqua calda (105° a 110°) sarebbero probabilmente valevoli allo stesso scopo, ma, se sono ripetute troppo spesso, possono provocare l'aborto. I suppositori rettali contenenti oppio, morfina, belladonna, o giusquiamo possono adoperarsi allo stesso intento.

È stato suggerito da Guéniot che l'acqua calda potrebbe venire applicata ai tre quinti centrali della spina collo scopo di agire più direttamente sui centri nervosi, e tale idea pare che abbia valore. Le vesciche da ghiaccio di Chapman, che io ho adoperato con beneficio nelle affezioni uterine accompagnate ad eccitabilità nervosa centrale, offrono un mezzo pronto per mandare ad effetto l'idea di Guéniot.

I rimedi interni che pare rendano i migliori servigi sono i calmanti già stati citati come utili applicandoli localmente. I bromuri di sodio e di ammonio o di potassio possono anco recare un certo giovamento, quantunque non possiamo aspettarci molto da simili rimedi in un caso veramente grave.

Una parte del trattamento medico generale che ha grande importanza è la somministrazione del cibo in tal maniera da impedire il vomito. In alcuni lo stomaco potrà ritenere i cibi se questi vengono dati in quantità piccolissime e di frequente. In alcuni casi l'inanizione può essere scongiurata, almeno per un certo tempo, mediante l'uso sistematico di suppositori contenenti sostanze nutritive di varie specie.

Provocazione dell'aborto. — Ora è da considerarsi la provocazione artificiale dell'aborto come rimedio contro il vomito della gravidanza. Per il passato questo rimedio è stato frequentemente adoperato, e con tale intento, tentando così, e generalmente con buon successo, di salvare la vita della madre a spese di quella del feto. La conclusione che deve trarsi leggendo i casi surriferiti è, che la necessità di tale sacrificio del bambino nell'interesse della madre sarà meno imperiosa di quanto siasi riconosciuto fin ora. Indiscutibilmente, tenendo presenti i fatti dianzi citati, il pratico avrà il dovere di dare pienamente tempo ed agio ai tentativi di quei rimedi relativamente semplici che sono stati trovati efficaci in un gran numero di casi veramente gravi, prima di decidersi all'operazione della provocazione artificiale dell'aborto.

Potrà riuscire molto difficile in un caso speciale lo stabilire la *necessità* di questo processo. Ciò che consiglia a dilazionare è l'esperienza avutasi che, anche nei casi peggiori, la paziente può istantaneamente pigliar la piega verso il miglioramento, e può passare rapidamente da uno stato pericoloso ad uno relativamente favorevole. La speranza che questo favorevole cambiamento possa aver luogo protrarrebbe, nondimeno, o potrebbe protrarre pericolosamente l'aspettativa. Flaischlen dà i seguenti sintomi come condizioni per la provocazione dell'aborto: Impossibilità della paziente a prender cibo per la bocca; diminuzione nella quantità dell'urina; maggiore o minore albuminuria, emaciazione progressiva, stato fuliginoso della lingua, forte cefalalgia, polsi frequenti e piccoli, una certa apatia della paziente. Nella discussione che seguì alla memoria di Flaischlen (vedi *ante*, p. 90), Veit, alludendo alla grande difficoltà che si prova a decidersi, espose due condizioni obbiettive: 1. tensione dell'utero; 2. perdita progressiva del peso del corpo. In risposta, Jacquet riferì che egli aveva visto in un caso, perdere alla paziente trentaquattro libbre in tre mesi e pure guarì completamente; come pure che in otto casi nei quali si era giudicato necessario l'aborto le pazienti guarirono senza di esso. Olshausen opinò che la rigidità dell'utero esista frequentemente. Flaischlen in risposta a Jacquet fece notare che i casi che richiedono imperiosamente l'aborto provocato sono rari, ed aggiunse che i casi di Jacquet non appartengono alla categoria dei peggiori.

Se si sarà deciso a favore della provocazione dell'aborto, nasce la questione sul miglior metodo da adottare.

La rottura delle membrane, come primo passo per tale processo, dev'essere molto raccomandata. Spesso è molto facile di rompere le membrane; ma non raramente lo stato di contrazione, di strettezza del canale cervicale rende assai difficile questa manovra. Uno dei vantaggi della rottura delle membrane gli è che per la fuoriuscita del liquido amniotico il volume dell'utero viene subito diminuito, e che ordinariamente ne segue un sensibile miglioramento del vomito. La rottura delle membrane può essere inefficace a provocare la contrazione uterina finchè non

siano trascorse ventiquattr'ore o quarantott'ore, od anche più. Forse, adottando questo procedimento è più facile che l'aborto sia ritardato, quantunque il ritardo possa essere veramente vantaggioso, poichè io reputo che un vuotamento troppo rapido del contenuto uterino costituisca una scossa per l'organismo che dovrebbe evitarsi. La dilatazione rapida della cervice, seguita dall'estrazione immediata dell'uovo, non è certamente il miglior metodo d'operazione.

Di fronte alla puntura delle membrane sta l'introduzione di una sonda flessibile dentro l'utero. Il metodo della sonda è il più facile, e probabilmente il più sicuro, tra i metodi per provocare l'aborto; esso determina la contrazione uterina ordinariamente nel corso di sei a dodici ore. La vagina va irrigata con liquido antisettico, le dita ben pulite, ed una sonda flessibile, sterilizzata e spalmata di olio, s'introduce per 3 o 4 pollici, in alcuni casi meno, oltre l'orificio esterno dell'utero. Essa può mantenersi in posizione giusta per mezzo di piccole fasce, avanti e indietro, a guisa di una fasciatura a *T*. La sonda più adatta a tale uso è il N. 6 o il N. 8; essa va introdotta per pollici 2 1[2 o poco più, dentro l'utero, e vi sarà fatta rimanere da sei a dodici ore. Quando non si manifesta alcuna contrazione uterina dentro dodici ore, la sonda può essere introdotta di nuovo, usando le cautele antisettiche, e potrà esservi lasciata per circa ventiquattr' ore. Vi è naturalmente, molta probabilità di provocare il distacco parziale della placenta; quindi deve usarsi molta delicatezza, e bisogna cercare di evitare il punto d'inserzione della placenta. Le manovre ulteriori necessarie per l'estrazione dell'uovo dalla vagina o dall'utero devono esser praticate con le più rigorose cautele antisettiche.

È degno di nota che il vomito, arrestato per un certo tempo col vuotamento del contenuto uterino, si è visto ritornare pochi giorni dopo, e con conseguenze disastrose. Ciò accadde nel caso di Jaggard (N. 101). È presumibile che, in certe circostanze, il ritorno del vomito implichi che l'utero ha ripreso un grado anormale di flessione. In tali casi è buon consiglio accertarsi se ciò è avvenuto, e quindi correggere la posizione dell'utero ove sia necessario.

Prof. Luigi Mangiagalli, *Direttore responsabile.*

Milano — Tip. L. F. Cogliati, Via Pantano, 26.

Anno XIV. Giugno 1892. Num. 6.

ANNALI
DI
OSTETRICIA E GINECOLOGIA

ISTITUTO OSTETRICO-GINECOLOGICO DI NAPOLI
diretto dal Senatore Prof. O. Morisani.

Operazioni complementari del taglio cesareo

STUDIO STORICO-CLINICO-CRITICO
DEL
Dott. FRANCESCO CARUSO
già Assistente nell'Istituto suddetto.

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS OF ENGLAND
26 JUL 92
LIBRARY

(Continuazione, vedi pagina 195).

Manuale operativo.

Presa la tromba fra il pollice e l'indice di una mano, e sollevatala a fine di distendere il meso-salpinge, con un ago di Dechamps, o più semplicemente con un ordinario ago da sutura armato di un laccio, si trapassi l'aletta del legamento largo rasente il margine inferiore dell'ovidutto, si faccia un primo nodo stringendo con forza, e poi un altro nodo.

Come materiale di legatura a me pare che si possa benissimo adoperare la seta, come quella che si lascia facilmente e sicuramente rendere asettica, che permette, con uno spessore relativamente piccolo, un grande uso di forza nello stringere l'ansa, da non far punto desiderare il tendine di canguro; quasi sempre non dà luogo ad adesioni peritoneali, venendo incapsulata; è infine lo stesso materiale che si adopera comunemente nell'operazione cesarea. All'uopo si può adibire della seta greggia ritorta, di uno spessore eguale a quello del N. 3 o 4, resa sterile.

Come sito di applicazione della legatura (1) fra i varii in cui questa potrebbe essere apposta, a me pare preferibile il tratto dell'ovidutto posto proprio in vicinanza dell' utero, e ciò per le seguenti considerazioni:

1.° Il secreto che le trombe secernono in condizioni normali durante il periodo intermestruale è molto scarso; ed esso, o si riassorbirebbe *in situ* (Kehrer (2) ed altri), o troverebbe, secondo opina la maggior parte dei ginecologi, il suo deflusso nella cavità addominale, ciò che sarebbe provato dal fatto che l' obliterazione dell' ostio uterino non conduce mai a raccolta liquida nell' ovidutto (Schröder (3), De Sinéty (4), ecc.), laddove questa costituisce l'esito ordinario dell'atresia verificatasi all'ostio addominale o lungo il tragitto del canale, risultando la collezione sempre meno voluminosa, a misura che il punto atresico si avvicina all'utero (5). Durante la mestruazione, poi, il secreto della tromba pel

---

(1) Questo argomento della scelta del sito per l'applicazione della legatura, per quanto io mi sappia, non venne fino ad ora trattato da alcuno. Consultando la letteratura al riguardo, trovo che Simon Thomas si limitava ad additare l' estremo uterino (loco cit.), Galabin l' estremo addominale (Veggasi la comunicazione dell' A. sul taglio cesareo alla Società Hunteriana di Londra nella tornata del 25. III. 1891, *Brit. med. Journ.*, 4 april 1891, pag. 757), laddove Champneys faceva rilevare di aver legata la tromba « a circa metà del tragitto, in un punto in cui essa era piccola, arrotondita, avanti di espandersi nell'ampolla. » (Risc. il lavoro dell'A. e la discussione fattasi intorno alla sua comunicazione nelle Trans. of the Obst. Soc. of London, loco cit.). Nelle istorie cliniche de' casi esposti nel quadro v' ha solamente l' indicazione del sito in cui la legatura venne fatta.

(2) « Versuche über Castration und Erzeugung von Hydrosalpinx » in: *Beiträge zur klinischen und experimentellen Geburtskunde und Gynaekologie*, Bd. II, Hft. 3, Giessen, 1887, pag. 291.

(3) « Malattie degli organi sessuali della donna. » Versione italiana dei dott. G. Berruti e C. Raseri, pag. 285. Nella 9.ª edizione tedesca di questo trattato, rivista da Hofmeier (Leipzig, 1889, pag. 444), si riscontra la medesima affermazione.

(4) « Traité pratique de Gynécologie et des maladies des femmes. » Paris, 1884, pag. 772.

(5) Gli esperimenti fatti sugli animali da M. A. Woskressensky sotto la direzione di Slawiansky e da me legando le trombe in varii punti hanno dato dei risultati che starebbero a favore della pratica della legatura all'estremo uterino.

Woskressensky (« Experimentelle Untersuchungen über die Pyo-und Hydrosalpinxbildung bei den Thieren » in: *Centralbl. f. Gynäk.*, 1891, N. 42, pag. 849-52) in 9 esperimenti su coniglie e cavie, legando le trombe nell'estremo uterino, nell'addominale, o in entrambi, e sacrificando gli animali dopo un tempo variabile da 4-6 settimane, riscontrò che la legatura dell'ostio uterino non condusse a formazione d'*Hydrosalpinx*, mentre quella dell'ostio addominale diede luogo ad *Hydrosalpinx*; il risultato più classico in rapporto al ristagno del secreto si ebbe nei casi di doppia legatura.

In 14 esperimenti da me istituiti nel laboratorio annesso all'Istituto Ostetrico-Ginecologico di Napoli con la cortese assistenza del dott. G. Trotta su cagne (3), cavie (1) e coniglie (10), legando le

fatto della congestione cui vanno incontro in questo periodo tutti gli organi pelvici, non sarebbe che di poco aumentato (1), e si verserebbe del pari nella cavità addominale. Così che, data la legatura e quindi l'atresia nel punto suindicato, in condizioni fisiologiche della tromba, non dovrebbe, parmi, seguirne raccolta in questa. D'altro canto, la funzione dell'ovulazione non potrebbe spiegare la genesi di una cisti da ritenzione nella tromba: il *liquor folliculi* è in quantità piccolissima; dalle pareti dell'ovisacco non ha luogo emorragia, o per lo meno in proporzioni così scarse che solo nell'interno della cavità follicolare si raccoglie un piccolo stravaso; l'unione infine del padiglione della tromba con l'ovario non è così intimo da impedire che il liquido ovarico cada nella cavità addominale (2).

2.° È risaputo che, tra gli stati morbosi delle trombe, le infiammazioni tengono il primo posto, e queste vengono sempre propagate dagli organi vicini, più frequentemente dall'utero. Si tratta a preferenza di processi infettivi che dall'endometrio si propagano all'endosalpinge *per continuitatem* (3). Gli stimoli infiammatorii possono essere o gli ordinarii (streptococchi, stafilococchi), ovvero gli specifici (gonococchi, bacilli tu-

---

trombe con filo di seta o di catgut 10 volte all'estremo uterino, 10 volte all'addominale, 5 volte nel mezzo del tragitto e 3 volte ad entrambi gli estremi, e sacrificando gli animali dopo un tempo variabile dalle 6-10 settimane, non ebbi a constatare raccolta liquida di sorta nei casi in cui la tromba era stata legata all'estremo uterino o nel mezzo del tragitto, laddove notai un'incipiente collezione liquida in 4 dei 10 casi in cui la legatura era stata praticata all'estremo addominale, e la produzione di una vera raccolta più o meno abbondante tutte e tre le volte in cui l'ovidutto era stato legato in ambo gli estremi. Le laparotomie furono fatte, per quanto più fu possibile, asetticamente, e il decorso post-operativo fu normale nei varii animali. Le trombe non mostrarono aderenze con le parti vicine.

(1) Non è dimostrato che durante le regole la mucosa dell'ovidutto sanguini analogamente alla mucosa uterina (mestruazione tubarica), secondo hanno affermato Bischoff, Raciborski, Pouchet, A. Farre, R. Lee, Bandl, L. Tait, Chapin Minard, ecc. (Risc. su questo particolare: J. Veit in: *Müller's Handbuch der Geburtshülfe*, 1888, Bd. I, pag. 149-51; L. Meyer. « Der Mestruationprozess und seine krankhaften Abweichungen. » Stuttgart, 1890, pag. 5; L. Landau. « Ueber Tübensäcke, etc. » *Arch. f. Gyn.*, 1891, Bd. XL, Hft. 1, pag. 8-9).

(2) Secondo Garrigues (« The improved caesarean section. » *The Amer. Journ. of the med. Sc.*, 1888), il sangue proveniente dallo scoppio dei follicoli ovarici, che avrebbe potuto altrimenti trovar la sua via all'esterno attraverso la tromba, a causa dell'atresia tubarica potrebbe dar luogo all'ematocele. Contro un tal modo di vedere, oltre gli argomenti di quassù, sta il fatto che finora in nessuna delle operate, di cui è noto lo stato postumo (veggasi la relativa rubrica del quadro), si è avuto a lamentare un inconveniente simile.

(3) Landau. Loco citato, pag. 12 e seg., ed altri.

bercolari, ecc.) È noto altresì, che, in circostanze speciali, il liquido sanguigno mucoso o purulento, ritenuto nell'utero, attraverso l'ostio uterino può passare nella tromba (grazie alla possibilità del cangiarsi del movimento peristaltico delle trombe in antiperistaltico, mercè l'azione delle fibre longitudinali che farebbero aprire l'orificio uterino), e dall'ovidutto nel cavo addominale; ovvero, nella chiusura dell'ostio addominale, raccogliersi nella tromba (Landau (1) ed altri). Ora, nel caso di legatura delle tube in prossimità dell'utero, pel fatto della successiva trasformazione delle pareti dell'ovidutto in un cordone cicatrizio nel tratto legato, rimanendo affatto separata la cavità uterina dalla tubarica, l' elemento infettivo, che, come ho detto, segue nel diffondersi più comunemente la via della mucosa, verrebbe a trovare come una barriera allà sua propagazione alla porzione della tromba posta al di là della legatura, nè potrebbe verificarsi l' aspirazione del contenuto uterino nella tromba. Non è però che la tromba legata all' estremo uterino non possa andare incontro allo sviluppo di processi infettivi, potendo questi propagarsi ad essa *per contiguitatem* (per l'ordinario dalla cervice uterina lungo il tramite dei linfatici attraverso il connettivo parametrale e sottoperitoneale, ovvero dalla via dell' intestino); ma queste vie di diffusione sono meno frequenti dell'altra anzidetta (2), e al pericolo di un' infezione da queste vie sarebbero esposte anche le trombe legate in corrispondenza dell'ostio addominale, o lungo il decorso del canale (3).

Il quantum di forza da adoperare nello stringere l'ansa deve essere tale da scontinuare lo strato mucoso e muscolare. Epperò bisogna serrar l'ansa con forza notevole, come se si trattasse di allacciare una grossa arteria. Mentre la mucosa e la muscolare si lacerano, il peritoneo resta

---

(1) Loco cit. pag. 17.

(2) Landau, ibid., pag. 14.

(3) Se ad onta di quanto finora sono venuto esponendo, l'ulteriore esperienza clinica fosse per dimostrare che la legatura degli ovidutti, anche fatta nel punto da me indicato, conduca alla formazione di raccolte tubariche permanenti, bisognerebbe rinunziarvi addirittura. Epperò fa mestieri che le donne sottoposte alla legatura vengano tenute in osservazione. Un tale esame, a fine di mettere in sodo la condizione postuma delle tube, per alcune delle operate non è stato possibile finora, non avendole potuto rivedere i rispettivi operatori, per altre forse venne praticato, ma non se ne fa menzione nelle pubblicazioni e nelle comunicazioni epistolari fattemi. Dal canto mio non ho trascurato di fare un tale esame sull' unico soggetto in cui ho potuto (caso 19.° del quadro), e non ho notato ingrossamento apprezzabile delle tube.

integro a causa della sua maggiore resistenza (1). Di ciò ho potuto assicurarmi in numerosi esperimenti eseguiti su trombe provenienti da donne morte a termine di gravidanza o nei primi giorni di puerperio, ovvero operate di taglio cesareo alla Porro. Champneys (2) infatti strinse la legatura in guisa da disseccare completamente il tessuto della tromba. È difficile che anche il peritoneo si laceri; se ciò avvenisse, sarebbe utile stropicciare le superficie recise con un pezzo di garza imbevuto in una soluzione di sublimato all' 1 : 1000, allo scopo di distruggere l'eventuale infettività del secreto tubarico; indi si ripeterà la legatura al di qua e al di là del punto di applicazione della prima a qualche millimetro di distanza dal medesimo.

Ora rimane a risolvere la quistione se sia sufficiente la semplice legatura per conseguire l'obliterazione completa del lume tubarico. Simon Thomas (3) fu d'avviso che fosse sufficiente la semplice legatura per rendere la donna sicuramente sterile colla stessa certezza che per mezzo dell' isterectomia; ed aggiungeva: « se qualcuno dovesse dire che questo modo di produrre l'atresia delle tube non sia abbastanza sicuro, si potrebbe, senza darsi molta più cura, legare le trombe a doppio, e recidere fra le due legature; ovvero tagliare le trombe col coltellino del cauterio del Paquelin, e così senza dubbio in modo innocuo occludere il condotto. » Champneys, che praticava la semplice legatura, affermò « essere incomprensibile che il lume delle tube possa ristabilirsi. » Per risolvere la quistione innanzi postami, ho fatto l'esame istologico delle trombe legate appartenenti agli animali che avevo operato di legatura a fine di stabilire il sito più favorevole per l'applicazione di questa (4). I pezzi delle trombe corrispondenti fissati con sublimato e poscia induriti in alcool sono stati colorati col carminio, incluse in paraffina e tagliati in serie; le varie sezioni poi sono state attaccate ai porta-oggetti e finalmente inclusi in balsamo del Canadà. L'esame microscopico mi ha fatto notare che nei tratti legati non esiste traccia di mucosa, e là

---

(1) Si verificherebbe qui, presso a poco, quanto avviene nelle arterie in seguito all'allacciatura.

(2) Loco cit., pag. 147-48.

(3) Loco cit.

(4) All'uopo non mi son potuto giovare abbastanza delle trombe provenienti dai due casi del prof. Morisani (N. 8 e 11 del quadro), a causa del breve intervallo di tempo trascorso fra l' epoca dell'operazione e quella del decesso.

dove la costrizione è stata maggiore neppure di muscolare, trovandovisi invece un tessuto di neoformazione infiammatoria ricchissimo di elementi cellulari e completamente organizzato a tessuto connettivo giovane; e che non vi si riscontrano gittate epiteliali che abbiano il significato d' un conato rigeneratore da parte dell'epitelio contiguo. Dal quale reperto mi pare si possa conchiudere che la semplice legatura sia sufficiente a produrre la completa obliterazione dell'ovidutto (1).

Indicazioni.

Come è stato rilevato innanzi, nella maggioranza de' casi l' indicazione alla legatura delle trombe veniva fornita dalla stenosi pelvica assoluta esistente da sola. Gli operatori che vi hanno fatto ricorso sono stati di avviso che la sterilizzazione preventiva in simili circostanze fosse pienamente giustificata. Che se non hanno adoperato in quella vece altri mezzi di sterilizzazione, quali l'amputazione utero-ovarica o la castrazione, ciò è stato perchè hanno reputato il taglio cesareo con l'aggiunta della legatura degli ovidutti operazione più favorevole per riguardo al risultato prossimo delle operate, del pari sicura a conseguire la sterilità, ed esente da qualsiasi mutilazione degli organi genitali.

Ora io accetto perfettamente le ragioni addotte a giustifica della preferenza accordata al taglio cesareo con conservazione dell'utero e degli annessi, ma non trovo indicata la pratica della sterilizzazione preventiva in occasione dell'operazione cesarea ne' casi in cui esiste esclusivamente un ostacolo al parto, rappresentato dalla stenosi pelvica in generale. Imperocchè una tale pratica non risponde al compito cui deve soddisfare l'ostetrico in siffatti rincontri, se veramente vuol raggiungere l'ideale dell'arte, quale è quello, oltre di salvare madre e figliuolo, di conservare integra la capacità delle donne a generare. Checchè difatti se ne voglia

---

(1) Nel caso di Falaschi, venuto a mia conoscenza soltanto dopo che io avevo pubblicata la statistica dei casi di legatura delle trombe (è il caso 5.° della tabella. Vegg. a pag. 188-89), nel quale fu fatta la semplice legatura, non si ebbe l'occlusione per lo meno di una tromba, poichè l' operata divenne di nuovo incinta (Risc. la pubblicazione dell'A.: « Presentazione di una donna operata felicemente due volte di taglio cesareo alla maniera del Sänger. » Estratto dagli *Atti del XIV Congresso dell'Associazione medica italiana.* Siena, 1892). Io sono persuaso che la semplice legatura, qualora fatta con le norme da me assegnate, è tale da produrre l'atresia completa della tube.

dire, è, e rimarrà sempre un grandissimo vantaggio per le operate la ulteriore facoltà di riprodursi, la quale può riuscir loro di una utilità non pure materiale, ma ancora psichica. Ma si è fatto notare che con la legatura delle trombe si vengono a preservare le operate dal pericolo di una rottura uterina, non difficile a verificarsi dopo un novello concepimento in gravidanza o in soprapparto, e dal pericolo sempre grave di un nuovo taglio cesareo. Or queste ragioni a favore della sterilizzazione preventiva, dopo la completa riabilitazione del taglio cesareo classico, non sono più tali da astringerci ad adottare la pratica in quistione. Si rifletta, infatti, che al presente, grazie ai miglioramenti che dal 1882 a questa parte si sono andati conseguendo nella tecnica del taglio cesareo in generale ed in quella della sutura dell'utero in ispecie, la eventualità di una rottura dell'utero nell'ambito della cicatrice, in seguito ad un novello concepimento, nel decorso della gestazione o durante il travaglio del parto, è già scemata immensamente. Su 24 casi del genere, quanti ne ho potuto raccogliere, occorsi a partire dalla detta epoca fino ad oggi (1), questo accidente verificava appena una volta (2). E, relativamente all'avvenire, è lecito pensare che la frequenza di un tale accidente diminuirà ancora notevolmente, in seguito ai perfezionamenti che le tecniche suddette dovranno ancora subire (sostituzione completa dell'asepsi all'antisepsi; a me pare che anche l'adozione del taglio longitudinale sul fondo dell' utero, giusta la mia proposta,

---

(1) Di questi casi, 14 si trovano esposti nella tabella che segue, mentre dei rimanenti 10 si fa menzione nel mio lavoro: « Il taglio cesareo conservatore con sutura dell' utero » allorchè si discorre dello stato postumo delle operate.

(2) Il soggetto di quest'osservazione è quello dell'operazione praticata da Hofmeier alla Clinica di Schröder nel febbraio del 1887. (Si consulti la pubblicazione di H. in: *Zeitsch. f. Gynäk.*, 1887, Bd. XIV., Hft. 1). La rottura dell'utero avveniva in travaglio di parto. Olshausen procedè alla laparotomia, ed estratto il feto recentò la breccia uterina e la ricucì con catgut. La paziente guarì. (Riscontr. la comunicazione di Winter nel fasc. di maggio 1890 degli *Annales of Gynecology*, p. 469). Vero è che nel caso in quistione, oltre la sutura uterina a strati mercè il catgut, furono apposti 6-7 punti di sutura abbraccianti l' intero spessore della musculatura con seta (Vegg. lo schema della relativa sutura nel mio lavoro in: *Ann. di Ost. ecc.*, 1888, p. 386, fig. 26), ma la ferita in sè stessa, come ben faceva riflettere il Sänger (Legg. la comunicazione dell'A. alla Soc. Ost. e Gin. di Lipsia, tornata del 25 maggio 1891. *Centralb. f. Gynäk.*, 1891, N. 35, p. 727), venne ad esser riunita con catgut (varietà molle). Or siffatto materiale, come del resto anche la varietà dura dello stesso, a parere dell'illustre ginecologo di Lipsia, è tutt'altro che adatto per la sutura della ferita uterina; epperò andrebbe fatta colpa all'uso di esso se qui si crepò la cicatrice cesarea nel novello soprapparto.

possa contribuire a ciò), a segno da ridursi a proporzioni minime e perciò trascurabili. Per tanto non mi pare più giusto di fondarsi quindi innanzi sui risultati statistici relativi ai casi della vecchia letteratura. Imperocchè questi appartengono ad un' epoca anteriore all'applicazione dell'antisepsi al taglio cesareo, e nella quale, o non si faceva punto la sutura dell'utero, ovvero si praticava una sutura talmente imperfetta che sarebbe valso lo stesso il trasandarla; quindi non deve recare alcuna meraviglia se ne' casi in quistione la rottura dell' utero in corrispondenza della cicatrice accadde molto di frequente (1). Si ponga mente, d' altro canto, ai risultati prossimi del taglio cesareo conservatore: dessi, in virtù degli stessi fattori che hanno fatto cangiare le sorti de' remoti, sono divenuti oggigiorno grandemente favorevoli. Si hanno perfino intere serie di operazioni senza alcun insuccesso per le madri (Es. Schauta 15 casi, Sänger 9, Korn 8, etc.). Inoltre secondo i miei calcoli i risultati speciali delle operazioni praticate a causa di stenosi pelvica sono ancora più favorevoli, la mortalità relativa essendo ridotta a piccole proporzioni. Infine i risultati delle operazioni ripetute sullo stesso soggetto sono addirittura sorprendenti. Per 12 casi del genere, che colle più diligenti ricerche sono riuscito a mettere insieme, 9 operati per la seconda volta e 3 per la terza volta (in tutto 27 operazioni su 12 donne), la mortalità è stata nulla, come si rileva dalla tabella seguente:

Operazioni ripetute per la seconda volta.

Numero progr.	Data	Operatore e località	Esito per la madre	Esito per il feto	Nota bibliografica
1	12. II. 1886.	Van der Meij Amsterdam.	Guarigione.	Vivo.	*Nederland. Tydschr. von Verlooskunde en Gyn.*, 1888. fasc. I. — Caso 139.° del mio quadro casistico in: *Annali di Ostetricia ecc.*, 1889.
	25. IX. 1888.	Lo stesso Ibid.	»	»	Loco cit. — Caso 171.° del mio quadro casistico; e narrazione in extenso ibid.

(1) Si consultino in proposito il lavoro del Krukenberg « Beiträge zur Kaiserschnittfrage » in: *Arch. f. Gynäk.*, Bd. XXVIII, Hft. 3, e il mio lavoro: « Die neuesten Ergebnisse des conservativen Kaiserschnittes, etc. in: *Arch. f. Gynaek.*, Bd. XXXIII., Hft. 2.

Numero progr.	Data	Operatore e località	Esito per la madre	Esito per il feto	Nota bibliografica
2	22. VI. 1887.	Zweifel Leipzig.	Guarigione.	Vivo.	Zweifel. *Arch. f. Gyn.*, Bd. XXXI, Hft. 2. — Caso 86.° del mio quadro casistico in: *Arch. f. Gynaek.*, Bd. XXXIII, Hft. 2.
	17. XII. 1888.	Lo stesso Ibid.	»	»	Hertzsch. *Archiv. f. Gynaekologie*, Bd. XXXVII, Hft. 1.
3	3. V. 1887.	Zweifel Leipzig.	Guarigione.	Vivo.	Zweifel. Loco cit. — Caso 78.° del mio quadro casistico in: *Arch. f. Gynaek.*, Bd. XXXIII, Hft. 2.
	31. XII. 1889.	Lo stesso Ibid.	»	»	Comunicaz. epistolare del dott. Döderlein in data del 6. IX. 1890, e Saenger. « Geburtshilfliche Operationslehre » in: *Frommel's Jahresbericht, etc....* Bericht über der Jahr, 1890, p. 320.
4	27. X. 1887.	Schauta Prag.	Guarigione.	Vivo.	*Prag med. Woch.*, 1888, N. 1. — Caso 98.° del mio quadro casistico in: *Arch. f. Gyn.*, Bd. XXXIII, Hft. 2.
	4. IV. 1890.	Lo stesso Ibid.	»	»	Caso comunicato all'Associazione dei medici tedeschi in Praga nella tornata del 25. IV. 1890. *Wien. med. Presse*, 1890, N. 26, p. 1056.
5	17. IV. 1888.	Kelly Philadelphia.	Guarigione.	Vivo.	*The Americ Journ. of Obst., etc.* March 1890, p. 229 e seg.
	27. IV. 1890.	Noble Philadelphia.	»	»	*The Americ. Journ. of Obst., etc.* June 1891, p. 691-94.
6	1. X. 1888.	Crimail Pontoise.	Guarigione.	† premorto.	*Annal. de Gynéc., etc* April 1889. — 174.° del mio quadro casistico in: *Annali di Ostetricia ecc.*, 1889.
	19. II. 1891.	Lo stesso Ibid.	»	Vivo.	*Ann. de Gynéc., etc.* Mai 1891. – Caso 18.° del mio quadro casistico di legatura delle trombe.
7	30. V. 1886.	Korn Dresden.	—	—	Leopold. « Der Kaiserschnitt und seine Stellung zur künstlichen Frühgeburt, Wendung und Perforation bei engem Becken. » Stuttgart, 1888, p. 119-20.
	29. IV. 1891.	Leopold Dresden.	—	—	J. Rosenberg. « Repeated caesarean section, with a report of three new cases. » *Am. Journal of Obst. etc.*, October 1891.
8	9. I. 1889.	Falaschi Siena.	Guarigione.	Vivo.	Loco citato.
	3. VI. 1892.	Lo stesso Ibid.	»	»	Loco citato.
9	14. III. 1886.	Leopold Dresden.	—	—	Leopold. *Archiv. für Gynaekologie*, Bd. XXVIII, Hft. 1.
	15. VI. 1891.	Lo stesso Ibid.	—	—	Rosengerg. Loco citato.

Operazioni ripetute per la terza volta.

Numero progr.	Data	Operatore e località	Esito per la madre	Esito per il feto	Nota bibliografica
1	3. III. 1886.	Leopold Dresden.	Guarigione.	Vivo.	Leopold. *Archiv. für Gynaekologie*, Bd. XXVIII, Hft. 2.
	9. IX. 1887.	Korn Dresden.	»	»	Leopold. « Dei Kaiserschnitt etc. » p. 133-35. — Caso 95.° del mio quadro casistico in: *Arch. f. Gyn.*, Bd. XXXIII, Hft. 2.
	27. VI. 1891.	Leopold Dresden.	»	»	Rosenberg. Loco citato.
2	25. I. 1886.	Schultze Jena.	Guarigione.	Vivo.	Skutsch. *Arch. f. Gyn.*, Bd. XXVIII, Hft. 1.
	23. VII. 1888.	Lo stesso Ibid.	»	» (gemelli)	Skutsch. *Arch. f. Gyn.*, Bd. XXXIV, Hft. 1.
	? 1890.	Hertzsch Leipzig.	»	»	Saenger. Loco citato, p. 318.
3	1. XI. 1886.	Korn Dresden.	Guarigione.	Vivo.	Leopold. « Der Kaiserchnitt etc. » p. 123-24.
	25. VI. 1888.	Lo stesso Ibid.	»	»	Caso 132.° del mio quadro casistico in: *Arch. f. Gyn.*, Bd. XXXIII, Hft. 2. — Narrazione in extenso nel mio lavoro in: *Annali di Ostetricia ecc.*, 1889.
	22. IX. 1890.	Lo stesso Ibid.	»	»	Rosenberg. Loco citato (1).

(1) A questo proposito non voglio trasandare dal notare che anche pei casi della vecchia letteratura era stato segnalato questo fatto che, cioè, il taglio cesareo ripetuto sulla stessa donna comporta una prognosi oltremodo più favorevole. La statistica relativa di Lungren, compilata sui dati di Churchill, Stoltz, Harris e proprii, su 119 operazioni compiute sopra 48 donne, novera 8 morti materne, cioè una mortalità del 6. 7 0[0. L'analoga statistica, affatto recente, di Rosenberg (loco cit.) abbracciante però soli 27 casi, appartenenti del pari alla vecchia letteratura (21 operati per la 2.ª volta, 3 per la 3.ª, 2 per la 4.ª e 1 per la 5.ª), su di un totale di 64 operazioni segna 10 morti delle madri, cioè una mortalità del 15. 6 0[0, la quale, pur essendo alquanto superiore a quella registrata da Lungren, non tralascia pertanto di essere di gran lunga inferiore all'altra del taglio cesareo classico pei casi di operazione unica. (Noto solo per incidente che le anzidette statistiche, non essendo complete, vanno rimaneggiate; in massima però il risultato è quello accennato).

Si sarebbe così raggiunto il fine, a cui lo Schröder, in vista del grande svantaggio dell'operazione Porro di produrre una mutilazione dei genitali muliebri e la sterilità, volle fossero diretti tutti gli sforzi degli ostetrici, vale a dire un tale miglioramento del pronostico dell' operazione cesarea conservatrice, il quale permette che le donne sottoposte ripetutamente all'atto operativo, si possano ripetutamente salvare (1).

E che anche in avvenire si avranno risultati eguali o non sensibilmente diversi, è lecito prevederlo fin da ora, tenendo presente che i casi futuri saranno per godere di beneficii ancora più rilevanti in seguito agli ulteriori perfezionamenti che dovranno subire il modo di governare il parto, la tecnica delle laparatomie in generale e quella speciale del taglio cesareo.

Che si faccia, quindi, ricorso all' ora presente, dopo tutto quanto è avvenuto nella quistione dell'operazione cesarea, alla sterilizzazione preventiva nei casi menzionati, a me non sembra giusto. Si sarebbe fatto tanto per arrivare al punto di poter risparmiare alle operate utero ed annessi, e, una volta forti di tale potenza, si dovrebbe poi privarle della capacità a generare, la cui conservazione è in intimo legame con quella dei detti organi, e può perfino, in circostanze speciali, essere scopo del taglio cesareo?

Riconosciuto così come non sia giustificato di praticare la sterilizzazione preventiva nei casi di semplice stenosi pelvica, cioè senza altra complicanza, volendo esser conseguenti, se si fece a meno della pratica in esame nella prima operazione, non la si dovrebbe tradurre in atto neanche nella 2.ª, nella 3.ª, nella 4.ª operazione, ecc., perciocchè le ragioni che non ci autorizzano a praticare la sterilizzazione la prima volta persistono immutate nelle volte successive. Farsi guidare da motivi di indole sociale (2) per porre un limite alla ripetizione del taglio cesareo, non è

---

(1) « Lehrburch der Geburtshülfe. » VI Aufl. p. 359; VII Aufl. trad. ital. di G. Rocca con prefazione ed aggiunte del prof. Tibone, p. 359.

(2) Una di queste ragioni è che la riproduzione delle donne rachitiche riesce di nocumento alle popolazioni, in quanto che i prodotti di tali madri sono del pari rachitici. Or raramente i bambini rachitici sono tali per eredità; e, se quelli nati da madri rachitiche lo divengono, ciò dipende dalle cattive condizioni igieniche in cui essi sono costretti a svilupparsi. L' Harris, che era anche di questo avviso (« The possible results of caesarean delivery etc. » *Amer. journ. of the med. Scienc.*, Oct. 1891, p. 376), citava in proposito il caso della donna rachitica operata da Lungren (Vegg. la tabella dei casi di legatura delle tube, N. 1), i cui due figliuoli sono venuti su benissimo. L' ostetrico di Philadelphia, appoggiandosi ai

punto razionale, dovendo qui l'ostetrico agire esclusivamente in conformità delle condizioni somatiche: se la donna è affatto sana, se lo stato dell'utero il permette, il taglio cesareo può praticarsi quante volte è necessario.

Controindicata nei casi nei quali esiste soltanto ostacolo al parto rappresentato dalla angustia del bacino, la sterilizzazione preventiva parmi, invece, col Sänger (1) perfettamente giustificata, allorquando insieme con la ristrettezza pelvica havvi una malattia dell'operanda, quale:

un vizio organico di cuore;
la tubercolosi polmonare;
la nefrite cronica, ecc.;

imperocchè in siffatti riscontri dal semplice stato di gravidanza e dalla ripetizione del taglio cesareo potrebbero derivare facilmente conseguenze perniciose.

Fondandosi sul caso di Tuffier innanzi menzionato, in cui non essendo stato possibile di estirpare i fibromi uterini multipli e nemmeno gli ovarii (quello del lato destro aderiva intimamente alla massa neoplastica, il sinistro parimenti all'utero), venne fatta la legatura delle tube alla loro inserzione uterina, si sarebbe menati a riconoscere pei casi analoghi un'ulteriore indicazione alla pratica in esame. Io non voglio negare l'impossibilità nel detto caso d'isolare e portar via gli ovarii od anche meglio questi con le trombe, ciò che costituisce la terapia più razionale che si possa fare quando non è dato estirpare il tumore (Risc. le indicazioni della castrazione, Cap. seg.); ma certo un tal caso non potrà occorrere che molto di rado, poichè anche estesissime aderenze degli annessi si lasciano vincere; e quando occorresse si sarebbe senza dubbio autorizzati alla legatura degli ovidutti. Però è a riflettersi che se l'ovarosalpingectomia è impossibile, può esserlo del pari la semplice legatura delle tube, per essere le stesse difficoltà tecniche inerenti a quest'ultima. Ed inoltre, siccome in circostanze così disastrose un'altra gravidanza appare appena possibile, così non dovrebbe di regola procedersi ad ogni costo alla ricerca e alla legatura delle trombe.

---

risultati avutisi a Lipsia col taglio cesareo conservatore (mortalità 6 0[0), si mostrava contrario alla legatura delle trombe nelle donne rachitiche; però opinava che la condizione di estrema povertà delle medesime, sieno esse nubili o maritate, debba essere tenuta in considerazione nel decidere la quistione della legatura delle trombe. C'è stato anche chi avrebbe voluto isterilire soltanto le donne nubili povere affette da vizio pelvico, a causa della loro peculiare condizione sociale.

(1) « Ein Kaiserschnitt nebst Bemerkungen. » *Centralbl. f. Gynaek.*, 1891, N. 35, p. 729.

CAPITOLO III.

Castrazione.

Parte storica.

Quasi contemporaneamente Sänger (1) ed Hickinbotham (2) propugnavano l'uso della castrazione come complemento di taglio cesareo in casi di fibromi uterini.

Il Boudon poi consigliava calorosamente nei casi di stenosi pelvica assoluta l'associazione della castrazione al taglio cesareo (3) o più semplicemente della legatura in massa dei vasi ovarici (4), allo scopo di mettere l'operazione conservatrice alla pari di quella del Porro, sembrandogli che la prima fosse dammeno della seconda pel fatto che non induce la sterilità. A favore della castrazione nei detti casi si pronunziavano anche i Barnes considerandola come il complemento naturale dell'operazione cesarea (5); James Arnott (6), John G. Jay parendogli una colpa in tali riscontri il lasciare in sito le ovaie (7); Play-

---

(1) « Der Kaiserschnitt bei Uterusfibromen, etc. » p. 52.

(2) *Trans. of the Obst. Soc. of. London,* vol. XXIII, for the Year 1884, p. 170.

(3) « Étude critique sur l'opération césarienne et l'opération de Porro. » (Manuel opératoire). Paris, 1885, p. 68-71. Rilevo qui, soltanto per l'interesse storico che può avere, la proposta fatta antecedentemente da L. Tissier. « De la castration de la femme en chirurgie. » Paris, 1885, p. 96-97, d'isterilire mercè l'ablazione delle ovaie tutte le donne affette da stenosi pelvica inferiore ai 6-6 1[2 cm., per non essere obbligati a provocare ripetutamente l'aborto.

(4) L'A., nel consigliare questo procedimento come operazione più semplice e del pari sicura che la castrazione nel produrre la sterilità, si fondava sulle note esperienze di Geza von Antal. *Centralbl. f. Gynaek.*, 1882, N. 30.

(5) « Traité théorique et clinique d'obstetrique, etc., » trad. et annoté par A. Cordes. Paris, 1886, p. 933.

(6) *Edinburgh med. Journal,* november 1887.

(7) « Caesarean section with Oöphorectomy. Report of a successful case. » *Amer. Journ. of. the med. Sciences,* november 1888.

fair, Herman (1) e Cullingworth (2), preferendola alla legatura delle trombe.

Infine il Wiedow proponeva di associare la castrazione al taglio cesareo nei casi di osteomalacia, qual mezzo curativo della malattia scheletrica in sostituzione dell' operazione Porro (3). Di una tale proposta in seguito si facevano fautori Sippel (4), Blanc (5), A. Martin (6), St. Braun (7), D. von Velits (8); laddove se ne dichiaravano avversari il Fehling (9) già prima che il Wiedow facesse la sua proposta, e poi Kissel (10), Piskacek (11), Beaucamp (12) e Löhlein (13).

Casuistica.

Le ricerche da me istituite nella letteratura nel modo più accurato possibile mi hanno permesso di trovare appena 7 casi di castrazione esperita come complemento di taglio cesareo. A questi 7 casi sono fortunato di poter aggiungere un ottavo, occorso nell'Istituto Ostetrico-Ginecologico di Napoli. Essendo questo caso tuttavia inedito ed abba-

---

(1) « Trans. of the Obst. Soc. of London » vol. XXXI, for the Year 1889, p. 153-54.

(2) « Caesarean section in a case of flattened generally contracted pelvis; death in sixty hours; necropsy; remarks. » *The Lancet*, London 1890, 4 January, p. 19.

(3) « Veränderung der Indicationsstellung zum Kaiserschnitt. » *Centralbl. f. Gynäk.*, 1887, n. 39.

(4) « Kaiserschnitt nach Sänger. » *Arch. f. Gynäk.*, 1887, Bd. XXIX, Hft. 3. — L'A. però non scorgeva nella castrazione un fattore curativo dell' osteomalacia, ma un mezzo efficace per la sterilità che induce, indiscutibilmente favorevole al decorso della malattia ossea.

(5) « De l'opération césarienne. Méthode opératoire et indications. » *Arch. de Tocol.*, 1890, p. 445.

(6) « Lehrbuch der Geburtshilfe » Wien u. Leipzig, 1891, p. 362.

(7) « Osteomalacia delle partorienti. Castrazione. » Przeglad Lekarski, 1891, N. 17 e 18. Riv. in: *Nouv. Arch. d'Obst. et de Gyn.*, 25 mars 1892, p. 135.

(8) « Ueber die Heilung der Osteomalakie im Anschluss an zwei durch Castration geheilte Fälle. » *Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäk.*, Bd. XXIII, Hft. 2, 1892, p. 336-37.

(9) « Ein Kaiserschnitt nach Porro bei Osteomalacie mit günstigem Ausgange. » *Arch. f. Gynäk.*, 1882, Bd. XX, Hft. 3.

(10) « Die Porrooperation bei Osteomalakischen Becken. » Inaug. Diss. Freiburg i. B. 1888.

(11) « Die Indicationsstellung des Kaiserschnittes nebst casuistichen Beiträgen zur Porro'schen und Sänger'schen Kaiserschnittmethode. » *Wien. klin. Woch.*, 1889.

(12) « Ein Beitrag zur Porrooperation. » *Arch. f. Gynäk.*, 1889, Bd. XXXVI, Hft. 2.

(13) « Gynäkologische Tagesfragen etc. Zur Kaiserschnittsfrage » p. 35-37. Wiesbaden, 1890.

stanza interessante, pel risultato favorevole avutosi in esso dall'uso della castrazione, mi sia lecito, avanti di esporre i casi già conosciuti, di darne la narrazione *in extenso:*

Sommario. — VIIpara. Stenosi pelvica assoluta da osteomalacia. Taglio cesareo con l'aggiunta della castrazione. Feto vivo. Puerperio normale.

Primavera Maria, di anni 36, da Ariano di Puglia, donna di casa, è accolta nell'Istituto Ostetrico-Ginecologico di Napoli il 18 aprile 1891.

Anamnesi. — Essendo figlia di genitori ignoti, nulla sa dire intorno ai suoi precedenti gentilizii. Bambina soffrì solamente il morbillo. Fino all'età di 12 anni rimase in Ariano presso la donna che l'aveva raccolta dalla casa dei trovatelli; dopo venne a fare la domestica in Napoli, dove trovasi domiciliata tuttora. Fu mestruata la prima volta a 14 anni circa senza disturbi di sorta; da quell'epoca, salvo i periodi di amenorrea fisiologica per gravidanza od allattamento, il catamenio fu sempre regolare per comparsa, della durata media di 3 giorni, piuttosto scarso, giammai doloroso. A 23 anni (1878) passò a marito, e dopo sei mesi divenne incinta. Ha avuto in tutto 8 gravidanze, compresa l'attuale. Le prime 4 andarono a termine e furono terminate da parti spontanei, di feti vivi, con puerperii fisiologici. Allattò il primo figliuolo per 18 mesi, il secondo per soli 8 mesi, essendo ridivenuta incinta; il terzo per 15 e il quarto per 17 mesi. Alla quinta gravidanza andò incontro ad aborto in quinto mese, dando alla luce un feto mostruoso. La sesta e la settima gestazione toccarono il termine; i parti tutte e due le volte ebbero luogo per la pelvi; nel primo il parto, pur essendo molto lungo e stentato, fu però, spontaneo, nel secondo invece, fu artificiale. Entrambi i prodotti vennero alla luce asfittici e non furono rianimati.

Durante la quarta gravidanza la donna cominciò ad avvertire un senso di debolezza genitale, massime agli arti inferiori, in modo da riuscirle abbastanza stentato il cammino. Tale disordine andò accentuandosi man mano e raggiunse il colmo nel corso della sesta gestazione, verificatasi tre anni or sono; la stazione eretta e la deambulazione si resero allora oltremodo difficili, così che la paziente passò la gravidanza quasi sempre a letto, o seduta su di una sedia. Contemporaneamente era andata incurvandosi la sua persona e diminuendo la statura. Nel puerperio, costrettavi dall'incalzare del male, consultò un medico, il quale le prescrisse una cura tonico-ricostituente, compresi i bagni termo-minerali. Grazie a questo trattamento fatto per due anni circa, l'inferma asserisce di aver migliorato tanto, da star quasi bene. Nella gravidanza successiva (7.ª) e nella presente (8.ª) ha peggiorato di nuovo, non a segno, però,

da ritornare allo stato in cui versava all'epoca della sesta gravidanza; benchè con sensibile stento, è stata però, in grado di camminare e di rimanere parecchie ore del giorno in piedi. La donna assicura di non aver mai sofferti dolori spontanei in corrispondenza delle ossa, i dolori come reumatici che si riscontrano così frequentemente nelle osteomalaciche. I dolori, invece, sono stati sempre provocati, cioè sono venuti in iscena in seguito a scosse, pressioni brusche ecc.; in generale non molto intensi, si sono manifestati in corrispondenza del bacino, della colonna lombare e degli arti inferiori. L'inferma, fin dalla fanciullezza, si è esposta continuamente alle cause reumatizzanti e da 13 anni abita una casa a pian terreno, umida ed oscura; la sua alimentazione è stata prevalentemente costituita di farinacei e vegetali.

L'ultima mestruazione ha avuto luogo il 18 settembre 1889.

Status præsens. — Ha statura media, andatura zoppicante con progressione stentata. Colorito bruno, pallido, nutrizione piuttosto scadutа, I grandi apparati organici in condizioni fisiologiche. La volta del cranio è depressa; la spalla destra ad un livello superiore della sinistra per circa 5 cent.; leggero incurvamento cifotico di tutta la colonna dorsale, a curva molto arrotondita; il tronco è abbreviato, le ultime costole si trovano a livello delle creste iliache ed anzi quelle false s'introflettono nel gran bacino; non vi è scoliosi, ma notasi sensibile rientramento del fianco sinistro. Gli arti superiori ed inferiori sono normali per sviluppo e conformazione.

La pelvi presenta tali caratteri da non lasciar alcun dubbio sulla diagnosi di osteomalacia, malgrado l'assenza dei dolori ossei spontanei; le ali iliache introflesse, benchè discretamente; il pube atteggiato a modo di rostro, abbastanza pronunciato; l'arcata pubica ridotta ad una fenditura, le tuberosità ischiatiche avvicinate di molto. La pelvimetria fornisce i dati seguenti:

Distanza fra le sp. il. ant. sup.	cm.	23
» » le creste iliache	»	29
» » i trocanteri	»	30.5
Coniugata esterna	»	21
Diametro esterno	»	24
» » sinistro	»	24
» bis-ischiatico	»	3.2
» cocci-pubico	»	10.5

Col riscontro si nota che la branca orizzontale destra del pube e la ischio-pubica dello stesso lato sono più ravvicinate alla linea me-

diana di quelle del lato opposto. Non si raggiunge il promontorio del sacro.

La gravidanza trovasi alla fine del 7.° mese, principio dell'8.°; il feto, in presentazione cefalica, è vivo e discretamente sviluppato.

L'inferma viene subito assoggettata ad una cura tonico-ricostituente.

Alle ore 1 a. m. del 7 giugno s'inizia il travaglio del parto. Verso le 9 a. m., con una dilatazione quanta un pezzo di cinque franchi circa, a membrane intatte, compiuti i preparativi soliti, si procede al taglio cesareo. Operatore il prof. Morisani. Incise le pareti addominali sul decorso della linea alba dal bellico a circa tre traversi di dito dal pube, si fa il taglio della matrice *in situ* nel terzo medio della parete anteriore e si estrae il feto leggermente asfittico, ben tosto rianimato. Scollata la placenta aderente alla parete posteriore e a porzione del fondo, e stretto il cono cervico-uterino con un laccio elastico, si passa a praticare la cucitura della ferita uterina; vengono applicati 19 punti di sutura, 14 abbraccianti lo intero spessore della ferita e 5 superficiali, intercalati qua e là fra i primi, comprendenti il peritoneo ed anche un poco della sottostante muscolare. Indi, si fa l'ablazione degli ovari a scopo curativo del morbo osteomalacico. All'esame macroscopico ambo le ovaie si mostrano piccole, atrofiche; i legamenti larghi non presentano alcuna preternaturale ricchezza o turgescenza vasale. Riposto l'utero nell'addome e fatta una lavanda del cavo peritoneale con soluzione fisiologica di cloruro sodico sterilizzata, si pratica la sutura della breccia addominale con punti intercisi profondi e superficiali anche con filo di seta.

Durata totale dell'atto operativo un'ora circa.

Feto, di sesso maschile, del peso di grammi 2500, lungo 49. 5 cent., in buone condizioni di salute. Diametri della testa fetale: O. M. 11, 5 cent.; O. F. 10 cent.; S. O. B. 9 cent.; B. P. 8,8 cent.; B. T. 8 cent. Circonferenza O. F. 29 cent.; circ. O. M. 34 cent.

Annessi fetali del peso di 470 gr.; diam. mass. plac. 18 cent.; lungh. del C. O. 48 cent.

Il decorso post-operativo fu regolare; la temperatura non superò i 38; involuzione buona, lochi normali. Al decimo giorno si tolgono i punti di sutura; la ferita era tutta aderita *per primam*, meno in corrispondenza dell'angolo inferiore, ove due punti sono ulcerati. Al 25.° giorno la donna abbandona il letto e rimane in Clinica fino al 10 luglio per rimettersi meglio nel generale.

In quanto allo stato postumo dell'operata, veggasi il quadro che segue.

CASI DI CASTRAZIONE COM

Numero progr.	Data	Operatore e località	Età Numero dei parti	Indicazione	Particola dell' opera
1	28. VIII. 1886.	T. Chambers Sydney (Australia).	29 anni, II para.	Atresia vaginae (conseguenza del 1.° parto, avvenuto 3 anni prima). Bacino ristretto.	Ablaz. delle sol
2	23. X. 1887.	J. G. Jay Baltimora (St. Un. d'America).	27 anni, I para.	Bacino piatto-rachitico. C. V. 1 poll. 3[4.	Ovaro-salpingec
3	11. XII. 1887.	Neale Baltimora (St. Un. d'America).	20 anni, I para.	Bacino universalmente ristretto (non rachitico). C. V. 2 3[4 pollici.	Ovaro-salpingec
4	28. V. 1889.	O' Sullivan Melbourne (Australia).	17 anni, I para.	Bacino rachitico. C. V. non più di 2 pollici.	Ablaz. delle sol
5	2. XI. 1889.	Cullingworth Londra.	—	Bacino piatto-universalmente ristretto.	Ovaro-salpingec
6	1. VI. 1890.	St. Braun Cracovia	37 anni, V para.	Bacino osteomalacico.	Ablazione delle vaie.
7	2. XI. 1890.	St. Braun Ibid.	28 anni. IV para.	Bacino osteomalacico.	Ablazione delle vaie.

(1) Questo caso, per quanto riguarda la sutura dell' utero (in tutto 5 punti profondi) merita di esser releg

NTO DI TAGLIO CESAREO.

Esito		Decorso post-operativo	Stato postumo delle operate	Nota bibliografica
E	Feto			
	† (premorto).	La causa del decesso è da attribuirsi, secondo l'Oper., a shock, esaurimento e pregressa setticemia.	—	*Austral. med. Gazette*, Sydney, 1886-87, VI, p. 29-32 (1).
ne.	† (nato moribondo).	Temp. fino a 101. 4 F. al 6.° giorno. Il tubo a drenaggio viene rimosso il 31 ottobre. Per parecchie settimane dall'apertura rimasta nel punto in cui era stato il drenaggio venne fuori uno scolo purulento. L'operatore attribuisce l'elevazione termica all'impiego del drenaggio.	L'operata ebbe un flusso dai genitali rassomigliante in tutto al catamenio due volte, la prima circa otto settimane dopo l'operazione, la seconda in capo ad altre tre settimane. È molto ingrassata. I rapporti coniugali sono gli stessi che avanti l'operazione: non ha diminuzione dell'appetito sessuale. Rimpicciolimento dei miomi uterini.	« Caesarean section with Oöphorectomy. » *Am. Journ. of the med. Scienc.*, november 1888; e comunicazione epistolare dell'Operatore in data del 27 XI. 1888.
	Vivo.	La donna non si riebbe dall'operazione. Causa della morte: « leggera peritonite traumatica e shock. » L'Operatore attribuisce l'esito infausto alla prolungata applicazione del forcipe di Tarnier, ma non disconosce che vi contribuì l'eccessivo numero di punti di sutura uterina, 50 tra profondi e superficiali (più di 4 punti profondi per ciascun pollice della ferita).	—	*Medical News*, Philadelphia, 10 marzo 1888; e comunicazione epistolare dell'Operat. in data del 1.° febbr. 1888.
ne.	»	Puerperio febbrile fino al 21.° giorno.	Mancano le relative notizie.	*Austral. med. Journ.*, 15 IX. 1889, p. 410.
	»	Causa della morte fu la pionefrite.	—	*The Lancet*, 4 gennaio 1890.
ne.	»	Apirotico.	I dolori osteomalacici cessano dopo 10 giorni nel bacino, dopo 3 settimane nel torace, e dopo nelle gambe. La mestruazione si sopprime.	Loco cit., e comunicazione epistolare dell'Operat. in data del 9 giugno 1892.
	»	Senza accidenti.	I dolori osteomalacici in capo a 2 settimane sono già scomparsi. Le regole non più riapparivano.	Ibid.

asi a sutura uterina insufficiente (vegg. in proposito il mio lavoro in questo giornale, anno 1889).

Numero progr.	Data	Operatore e località	Età Numero dei parti	Indicazione	Particola dell'operaz
8	7. VI. 1891.	Morisani Napoli.	36 anni, VII para.	Bacino osteomalacico. Indicazione assoluta.	Ablaz. delle sole

Da questo quadro si rileva che in quattro casi la castrazione fu praticata per vizio di bacino non dipendente da osteomalacia, in tre casi per vizio pelvico prodotto dal morbo osteomalacico, in un altro, infine, per atresia vaginale acquisita associata a stenosi pelvica.

In cinque casi venne fatta la semplice ooforectomia, ne' rimanenti l'ovaro-salpingectomia.

Per quanto riguarda il risultato prossimo dell' atto operativo, in 3 degli 8 casi in esame si ebbe la morte dell' operata. Però questo esito infausto, come risulta chiaro dalla tabella, a tutt'altra cagione debbe essere ascritto che all' impiego della castrazione. Questa decorse in tutti i casi facile e spedita, e non fu mai seguita da emorragia, primaria o secondaria, dalla superficie di sezione de' legamenti larghi (e ciò contrariamente alle supposizioni del Fehling) (1), nè influì sfavorevolmente

(1) Questo A. fu d'avviso (« Ueber neuere Kaiserschnitt-Methoden. » *Volkmann's Sammlung klinischer Vortraege,* N. 248, pag. 15) che l'ablazione degli ovarii come complemento di taglio cesareo « complichi

Esito		Decorso post-operativo	Stato postumo delle operate	Nota bibliografica
e	Feto			
ne.	Vivo.	Puerperio affatto fisiologico. Al 10.° giorno si rimuovono i punti di sutura e trovasi la ferita aderita *per primam*, meno in corrispondenza dell'angolo inferiore, dove due punti sono ulcerati. Viene dimessa il 10. VII. perfettamente guarita.	15. I. 1892. La donna abita in una casa a pianterreno piuttosto umida, e dal tempo in cui abbandonò la Clinica fin' oggi si è alimentata come avanti l'operaz., cioè a preferenza di cibi farinacei e vegetali. La sua nutriz. è sensibilmente migliorata. La deambulazione è divenuta facile e spedita, e la donna è in grado di attendere assiduamente alle faccende domestiche. Non ha avuto più alcun cenno di mestruaz. Leggiera cefalalgia e qualche rumore negli orecchi, ripetentisi a intervalli piuttosto lunghi. La *libido sexualis* e la *voluptas in coitu* sono molto scemate. Leggiera diastasi dei retti addominali (non ha fatto uso di panciera) e piccola ernia in corrispondenza dell'estremo inferiore della ferita addominale. Utero contenuto quasi in totalità nello scavo, molto impicciolito nel volume, anteverso, aderente alla parete addominale per una briglia cicatriziale poco tenace, del resto mobile sufficientemente. Parametri normali.	Caso inedito. Narrazione in extenso a pag. 423.

sullo stato di contrazione dell'utero puerperale, come aveva sospettato il Sippel (1). Ora può ammettersi che si avrà lo stesso risultato in ogni caso di castrazione esperita in addizione al taglio cesareo? Con altre parole: è la castrazione ovarica praticata in simili rincontri procedimento del tutto innocuo, ovvero è tale da aggiungere gravezza all' operazione di cui è complemento? In vista del risultato avutosi nei casi in discorso, il quale sebbene fondato su di un numero scarso di osservazioni, non tralascia però di essere abbastanza eloquente, ed appoggiandosi poi all'esperienza vastissima che si è acquistata della castrazione nel campo ginecologico, ai risultati prossimi che con essa oggigiorno si conseguono, ed infine alla pratica delle laparotomie in generale, io credo che all'ora attuale si sia

---

senza necessità l'operazione » e che « possa produrre facilmente delle emorragie spiacevoli, per l' esistenza nel maggior numero dei casi di grosse vene del ligamento ovarico », per cui sconsigliò l'associazione della castrazione al taglio cesareo.

(1) Loco cit.

autorizzati ad emettere l'affermazione che l'aggiunta della ooforectomia o della ovaro-salpingectomia al taglio cesareo non sia capace in generale di aggiungere gravezza a quest'operazione (1). Imperocchè ritengo che la pratica in quistione non aumenti, generalmente parlando, i pericoli del taglio cesareo: la sepsi e l'emorragia. In siffatti rincontri, dominandosi benissimo il campo operativo per essere gli ovarii e le trombe insieme con la matrice fuori del ventre, e potendosi quindi segmentare e legare con la massima precisione i legamenti larghi, si è in grado di compiere la castrazione in tempo brevissimo e senza difficoltà di sorta, non che di scongiurare il pericolo di un'emorragia dai peduncoli. Ed anche in quei casi, del resto tutt'altro che frequenti, in cui non fosse possibile di eventrare l'utero, la ricerca degli annessi riuscisse laboriosa, e facesse mestieri di praticare degli scollamenti, l'aggravamento che la castrazione sarebbe per arrecare al pronostico del taglio cesareo non potrebbe essere che lievissimo e perciò trascurabile (2).

Relativamente, infine, allo stato postumo delle operate, dal quadro si desume che nel caso di Jay (fibromiomi uterini multipli) ed in quelli del Braun e del prof. Morisani (osteomalacia), la castrazione è stata seguita da risultato favorevole; nel primo caso, di fatti, si è avuto, dopo di essersi verificato due volte un flusso analogo al catameniale, amenorrea (almeno fino all'epoca della comunicazione epistolare citata), miglioramento notevole del generale ed impicciolimento del volume dei miofibromi; nei casi del Braun rapida guarigione dell'osteomalacia e soppressione delle regole; nel caso del Morisani scomparsa della difficoltà nella deambulazione, amenorrea ed uno stato generale migliorato.

---

(1) Boudon (loco cit.) aveva espresso recisamente la stessa opinione fin dal 1885, cioè avanti che la proposta della castrazione come complemento di taglio cesareo ricevesse la sanzione pratica.

(2) A questo proposito, nella pregevole tesi di Berlin (« De l'opération césarienne, méthodes et procédés d'exécution. » Paris, 1890) a pag. 117 si legge: « Quant à la *castration ovarienne,* bien qu'employée récemment par F. Jay, de Baltimore, nous croyons qu'elle doit être rejetée *à priori;* ce n'est pas une manœuvre insignifiante, puisque sa mortalité propre est, à l'heure actuelle, de 14 0[0; il nous paraît pour le moins inutile de surcharger d'un pareil facteur de gravité une opération déjà bien assez grave par elle-même. » Per le ragioni di quassù e per quanto ancora andrò esponendo, io non posso sottoscrivere alle asserzioni dell'A.: la cifra di mortalità del 14 0[0 è tolta in prestito alla tesi di L. Tissier, (Loco cit.) pubblicata nel 1885, cioè cinque anni prima, e si riferisce a casi di castrazione praticata per miofibromi uterini.

Manuale operativo.

Terminata la sutura della ferita cesarea, avanti di riporre l'utero nell'addome, si procederà alla castrazione. È utile di comprendere anche le trombe nell'ablazione, cioè di fare l'ovaro-salpingectomia e non soltanto l'ooforectomia, perchè rimuovendo, oltre l'ovario, anche l'ovidutto, si evitano gl'inconvenienti, o di avere un moncone troppo corto, ovvero di lasciare in sito una porzione di ovario (Hegar) (1). Il procedimento è quello adottato comunemente che consiste nel trapassare il legamento largo con l'ago Dechamps armato di robusto filo di seta (N. 4) a doppio, nel fare dell'ansa recisa due legature separate da annodarsi il più strettamente che sia possibile, comprendendo il suddetto legamento in due metà, ed infine nell'escidere con le forbici a circa 1[2 centimetro al di sopra dell'allacciatura la massa costituita dall'ovaio e dalla tromba. Il peduncolo verrà segmentato in due, qualora la zona da sottoporsi alla costrizione non sia molto estesa; altrimenti, per evitare di comprendere troppo tessuto in una sola legatura, lo si segmenterà in tre ed anche in quattro porzioni, eseguendo la legatura a catena; così facendo, ciascuna di queste porzioni sarà sottoposta ad una costrizione più solida e quindi più sicura.

In casi di miomi uterini, nei quali soventi l'ovaio è considerevolmente stirato in modo da presentare una forma appiattita, e il tessuto ovarico può spingersi notevolmente dentro il legamento proprio dell'ovaio, fa d'uopo porre attenzione da una parte a non lasciare in sito alcuna porzione di tessuto ovarico, e dall'altra a legare con sufficiente sicurezza il peduncolo; epperò si apporranno delle legature in più, e si legherà quanto più è possibile verso la matrice.

In casi di aderenze degli annessi (miomi uterini) si cercherà di scollarle mercè le dita con la maggior possibile cautela per evitare di

---

(1) « Die Castration der Frauen. » *Volkmann's Sammbung klinischer Vorträge,* N. 136-38, p. 1034. — Secondo MARCHIONNESCHI: (« La castrazione e la salpingectomia nelle donne istero-epilettiche. » Nota clinica in *Annali di Ostetricia e Ginecologia,* 1889) dovrebbe praticarsi l'ovaro-salpingectomia anche per la ragione che più della sola ooforectomia varrebbe ad assicurare l'amenorrea la salpingectomia a quella congiunta.

ledere dei visceri e di dar luogo a gravi emorragie. Se le aderenze fossero insormontabili, anzi che ostinarsi a separarle, miglior partito sarà di rinunziare all'ablazione degli annessi. In siffatti rincontri si potrebbe, seguendo l'esempio di Tuffier, far ricorso alla legatura degli oviduti (vedi innanzi), e praticare, possibilmente, anche delle legature perdute in vicinanza dell'ovaio (legature atrofizzanti di Terrier e di altri).

Indicazioni.

I. La castrazione come complemento di taglio cesareo è indicata nei casi di angustia pelvica da osteomalacia. In siffatti rincontri questo procedimento operativo mi pare preferibile agli altri modi d'intervento finora esperiti, quali il taglio cesareo conservatore, il taglio cesareo con l'addizione della legatura delle trombe, l'operazione del Porro.

Non mi fermerò a discutere perchè il taglio cesareo con l'aggiunta della castrazione meriti la preferenza sul conservatore; le ragioni di ciò appariranno evidenti da quanto or ora sarò per dire. Schauta e Guéniot in questi ultimi tempi vollero spezzare una lancia a favore del taglio cesareo conservatore, fondandosi il primo sul caso di Fochier (operazione Porro), in cui cinque mesi dopo l'atto operativo ricomparvero i dolori nelle ossa del bacino, e sul caso di Reuss, nel quale in seguito al taglio cesareo conservatore venne con trattamento adatto conseguita la guarigione dell'osteomalacia (1); il secondo su di un caso da lui operato nel novembre 1891, in cui si ebbe guarigione rapida della malattia scheletrica (2). In quanto allo Schauta io son certo che oggi egli, dopo quanto si è scritto sulla cura dell'osteomalacia, e dopo i benefici effetti conseguitisi con l'uso della castrazione in casi di osteomalacia nel campo ginecologico, sperimentati anche da lui (3), abbia mutato opinione.

La ragione, che mi fa anteporre il taglio cesareo con l'aggiunta della castrazione a quello col complemento della legatura delle trombe, è

---

(1) « Die Beckenanomalien. » In: *Müller's Handbuch der Geburtshülfe,* Bd. II, p. 373. — Riscontr. anche l'artic. dell'A. sul taglio cesareo in: *Real-Encyklopedie der gesammten Heilkunde,* Bd. X, p. 597.

(2) Comunicazione dell'A. all'Accad. di Med. di Parigi nella tornata del 9 febbraio 1892.

(3) « Die Kastration bei Osteomalacie. » *Wien. med. Woch.,* 1890, N. 19.

che questa pratica è capace solamente di rendere sterili le operate, quella incece d'isterilirle e nello stesso tempo di curare affatto, o per lo meno di migliorare notevolmente l'infermità ossea da cui le donne sono travagliate. Nei casi in quistione la semplice sterilizzazione non è sufficiente a esercitare un'influenza curativa sul morbo osseo. La prova di ciò venne fornita dal Fehling nel rispondere ai dubbi mossigli da Zweifel sul valore curativo dell'operazione Porro in casi di osteomalacia. Zweifel nel riferire dinnanzi alla Società Ostetrico-Ginecologica di Lipsia nella tornata del 16. XII. 1889 un suo caso di amputazione utero-ovarica in donna osteomalacica, era stato di avviso che il miglioramento delle operate di taglio cesareo alla Porro non fosse da ascriversi, come aveva affermato il Fehling, alla mutilazione in sè stessa dell'apparato sessuale, non al fatto chirurgico della rimozione delle ovaie, sibbene semplicemente all'impedimento posto a nuovi concepimenti insieme con la migliorata alimentazione delle operate durante la loro dimora negli istituti, donde la sua proposta di praticare, a tilolo di esperimento, nei casi futuri di taglio cesareo per osteomalacia l'operazione cesarea col complemento della legatura degli ovidutti (1). Ma il Fehling con una breve nota di risposta (2) faceva riflettere a Zweifel, come nei suoi casi di castrazione si trattasse di donne affette da osteomalacia a carattere più o meno rapidamente progressivo, ad onta che da mesi o da anni non fossero divenute più incinte, e quindi potessero essere considerate sterili; in questi casi, fatta la castrazione, si era ottenuto un miglioramento notevole, od anche la guarigione completa della malattia ossea. L'A. ne traeva la conseguenza che i suddetti risultati favorevoli fossero da attribuirsi alla castrazione in sè stessa, cioè alla soppressione dell'ovoluzione e della mestruazione (3) e non al fatto del semplice impedimento posto ad ulteriori gravidanze. Nella comunicazione fatta al Congresso di Berlino l'ostetrico di Basilea coglieva nuovamente l'occasione per ribat-

---

(1) « Ein Fall von Osteomalacie, modificirter Porro-Kaiserschnitt, geheilt. » *Centralbl. f. Gyn.*, 1890, N. 2; Ibid. N. 29. Comunicazione alla Soc. ost. gin. di Lipsia.

(2) « Zur Frage der Therapie bei Osteomalakie. » *Centralbl. f. Gyn.*, 1890, N. 5.

(3) Fehling (Loco cit.) ha notato un manifesto peggioramento dell'osteomalacia in correlazione col catamenio, il quale, come ho dimostrato, anzi che cessare pel fatto della legatura delle trombe, si comporta in seguito in modo su per giù analogo a quello che era avanti l'atto operativo.

tere le obbiezioni del collega di Lipsia, appoggiando le sue vedute su di un più vasto materiale clinico (1).

Finalmente sono spinto a preferire all' operazione Porro il taglio cesareo con l'aggiunta della castrazione per le considerazioni seguenti. E un fatto riconosciuto dagli stessi fautori dell'operazione Porro in casi di osteomalacia, che nell'estesa demolizione che quest'atto operativo importa agli organi genitali, la parte veramente efficace contro il morbo osteomalacico risiede nella sola castrazione. La prova ne è stata data dai numerosi casi di guarigione dell'osteomalacia ottenutasi nel campo ginecologico, mercè la castrazione esperita da sola. A conferma poi dello stesso fatto sono venuti i casi dinnanzi esposti di Morisani e St. Braun. Ed allora perchè non tenere la medesima condotta in ogni caso di taglio cesareo e fare a meno dell'asportazione dell'utero, uniformandosi così al principio cui ognora più va inspirandosi la chirurgia moderna, della maggior possibile conservazione degli organi? Quale necessità ci sarebbe di fare l'amputazione utero-ovarica? Secondo i sostenitori di quest'operazione la necessità di portar via con l'ovaie anche l'utero esiste e per varie ragioni. In primo luogo da Fehling, Pisckacek, Beaucamp, Löhlein, ecc. si è detto: l'amputazione utero-ovarica offre maggiori garanzie di successo del taglio cesareo col complemento della castrazione; ciò che a me non pare. Se è quistione difatti del trattamento extraperitoneale del peduncolo, ne sono noti gl'inconvenienti prossimi e remoti, i quali ne fanno un processo operativo d'un valore inferiore al taglio cesareo con l'addizione della castrazione. Fu appunto in vista di tali inconvenienti che il Sippel (2), fautore della castrazione in occasione del taglio cesareo, si convinse che dovesse accordarsi la preferenza al taglio cesareo con sutura del viscere, più l' ovaro-salpingectomia. In appoggio della loro tesi i fautori dell'amputazione utero-ovarica hanno portato in campo i risultati statistici conseguitisi, specie negli ultimi anni, col trattamento extraperitoneale del moncone; ma questi risultati, pur essendo molto favorevoli, non lasciano pertanto di essere un poco meno vantaggiosi di quelli del taglio cesareo conservatore. In quanto poi al trattamento intraperitoneale

(1) « Ueber Wesen und Behandlung der puerperalen Osteom. » *Arch. f. Gyn.*, 1890, Bd. XXXIX, Hft. 2.
(2) Loco citato.

del peduncolo, mi sembra che ad esso sieno inerenti maggiori pericoli che non al taglio cesareo col complemento della castrazione. Il processo infine, dell' inversione del picciuolo alla Frank, che, a dire del Beaucamp, sarebbe capace di far evitare gl' inconvenienti del trattamento extraperitoneale e i pericoli maggiori dell' intraperitoneale, a mio avviso, in casi di *grave* osteomalacia, a causa dell' enorme riduzione della capacità pelvica, o non può essere tradotto in atto, o per lo meno senza far correre dei gravi rischi alle pazienti. — In secondo luogo si è fatto notare da Beaucamp e Löhlein che la matrice lasciata in sito può esser sorgente di disturbi e andar incontro a molteplici processi morbosi. Nell'emettere quest'affermazione Beaucamp specialmente si fondava sui fatti clinici messi insieme dal Glävecke (1), e pensava che a seguito dell'ablazione delle ovaie e dell'utero le operate non dovessero andar incontro a disturbi, laddove i più gravi incomodi relativamente parlando si verificano nelle stesse dopo la castrazione. Or è a riflettersi che nei casi di castrazione studiati dal Glävecke, quest'operazione fu esperita per indicazioni assai diverse, fra cui figurano anche delle malattie dell'utero (myoma uteri, retroflexio uteri, ecc.), e si comprende che la castrazione non poteva nello stesso tempo rimuovere queste malattie della matrice. Nel taglio cesareo, invece, l' utero sarebbe normale; quindi essendo differenti le due serie di osservazioni non è lecito da quanto si è verificato nell' una argomentare quanto sarà per aversi nell'altra. Che poi dopo la semplice castrazione subentrino relativamente parlando i più violenti disturbi, vien negato da altri autori che pure si sono occupati dell'argomento. Se vogliamo tener conto dei casi di castrazione per osteomalacia occorsi nel campo ginecologico, che sono analoghi a quelli in quistione, i violenti disturbi lamentati dal Beaucamp non vi si sarebbero verificati, e neppure nei casi del Braun e del prof. Morisani. Senza voler dare un giudizio definitivo al riguardo, a me sembra che la rimozione dell'utero e degli ovarii agisca in generale su per giù come la castrazione, ad utero normale. La castrazione rimane sempre il fatto principale. — In ultimo Beaucamp ha creduto di trovare una giu-

---

(1) « Körperliche und geistige Veränderungen im weiblichen Körper nach künstlichem Verluste der Ovarien einerseits und des Uterus andererseits. » *Arch. f. Gynæck.*, Bd. XXXV, Hft. 1.

stifica d' indole tecnica a favore dell'amputazione utero-ovarica nella fragilità del tessuto uterino, secondo lui frequentemente osservata in casi di morbo osteomalacico, la quale renderebbe la sutura uterina insicura. Io non posso sottoscrivere a quest' affermazione, perchè in quante istorie cliniche ho potuto riscontrare di tagli cesarei conservatori e alla Porro per osteomalacia, in nessuna ho trovato fatto menzione di questa fragilità della fibra uterina, e perchè in tutti i casi di parto cesareo per osteomalacia da me raccolti, appartenenti alla moderna letteratura (Sippel, Arnott, Springsfeld, Gissler, Wolczynski, Johannovski, Morisani) la sutura dell'utero fece buona prova e i risultati ne furono eccellenti. Come si vede, gli argomenti portati in campo dai fautori dell' amputazione utero-ovarica per dimostrare la necessità di quest' operazione in casi di osteomalacia prestano tutti più o meno il fianco alla critica. Qui la terapia più razionale mi sembra per ora quella da me consigliata, salvo a rinunziare alla conservazione dell'utero nei casi in cui l' ablazione dell'organo fosse indicata per sè medesima.

II. La castrazione come complemento di taglio cesareo sarebbe indicata nei casi di fibromi uterini multipli ne' quali fosse inopportuno od impossibile di portar via il neoplasma. Questi casi non potranno occorrere che raramente. L'unica osservazione di castrazione come complemento di taglio cesareo in caso di miomi uterini multipli è quella di Jay. In essa però l' indicazione al taglio cesareo non fu fornita dall'esistenza dei fibromi uterini, sibbene da angustia pelvica assoluta, nè, come si rileva dal contesto della relativa pubblicazione dell'A., l'aggiunta della castrazione al taglio cesareo venne consigliata dalla presenza dei fibromi, ma l'ovaro-salpingectomia fu praticata piuttosto per conseguire la sterilità. Ad ogni modo questo caso di Jay rimane sempre abbastanza interessante per aver esso richiamato l'attenzione sulla pratica già proposta dal Sänger e dall' Hickinbotham, e subordinatamente per l' esito remoto favorevole avutosi in esso (vegg. il quadro).

III. La castrazione infine in addizione al taglio cesareo troverebbe la sua indicazione nei casi in cui gli ovarii fossero in condizioni patologiche.

(Continua).

SULLA SINFISIOTOMIA

ANNOTAZIONI STORICHE, CRITICHE E BIBLIOGRAFICHE

DEL

Dott. P. G. SPINELLI

Non intendiamo fare la storia della sinfisiotomia. Tempo, opportunità ed anche maggiore e più completo corredo di fatti e di notizie occorrerebbero a svolgere con ordine e sapiente distribuzione il materiale storico di un argomento così importante, che ha destato, fin dal principio, tanto strana controversia di giudizi.

I nostri intendimenti invece sono ben più semplici e minore è la responsabilità del nostro compito; ci proponiamo soltanto di seguire, con un certo senso analitico e col più vivo disinteresse obbiettivo l'evoluzione storica della *questione della sinfisiotomia*, da noi rintracciata e riflessa nelle dottrine e nelle opere dei più cospicui cultori di ogni tempo e paese, in quella misura che giovi a distinguere ed a determinare il singolare valore di ciascuno nella progressiva affermazione della operazione, in mezzo alla lotta di vieti pregiudizi accademici, di errori di apprezzamento e di ostinate vedute personali.

Certo quello che finora si può leggere e rilevare della questione non può chiamarsi storia, nel significato più semplice e concreto dell'espressione, non potendosi ritenere per istoria una serie, più o meno lacunare, di fatti e di vedute subbiettive, non connesse da una larga disamina imparziale o da criterii per lo meno naturali, che non abbiano altro punto di tendenza fuori di quello di porre in luce osservazioni induttive o risultati di qualche considerazione. Infatti, a proposito della sinfisiomia, è notevole segnalare che molti tra gli ultimi e più autorevoli scrittori, lungi dall'apportare modificazioni proprie e un contributo schiet-

tamente personale, hanno continuato a ripetere, con un sistema altrettanto deplorevole quanto ingiustificato, la monotona uniformità di giudizi tradizionali in un fascio informe di errori e di esaltazioni partigiane. Così, senza veruna base sperimentale, si son messe a nuovo vecchie quisquilie e tutto quel ciarpame polemico di errori e preconcetti, che caratterizzano stranamente le diverse fasi storiche della operazione.

E noi, accingendoci a comporre queste annotazioni storico-critiche e bibliografiche, abbiamo in animo principalmente di stendere, al lume di una sana critica, la trama di quel lavoro che dovrà informare l'opera dello storico della sinfisiotomia, porgendogli indirizzo ed avviamento, inseparabili dalla natura particolare del tema, nelle future e definitive ricerche bibliografiche intorno alla operazione. E tanto più ci eccita questo desiderio e questo scopo, in quanto che una novella êra pare si schiuda per la sinfisiotomia, poichè eminenti ostetrici contemporanei, ripiegandosi con fredda ponderazione su pensieri e giudizi fatti, accennano a rinnovare la disanima della questione, sotto un punto di vista che non può mancare di dar luogo a risultamenti ed a conclusioni, assai più conformi all'indirizzo della moderna clinica sperimentale.

Noi abbiamo già premesso di presentare queste nostre annotazioni, come una preparazione ad un lavoro storico più completo, e quindi reputiamo vantaggioso, prima di entrare nello svolgimento della materia, di additare come in un quadro cronologico, il movimento intellettuale, che si è venuto generando mano mano intorno alla questione, nei diversi paesi, dove fiorisce la coltura della scienza e dell'arte ostetrica.

I.

BIBLIOGRAFIA DELLA SINFISIOTOMIA. — **Francia.** — SIGAULT. *Bull. de l'Accad. R. di Chir.*, rapp. del dott. Ruffel, Paris, 1768. — ID. « An in partu contra naturam, sectio symphyseos ossium pubis, sectione caesarea promtior et tubior. » Angers, 1773. — BAUDELOCQUE. « An in partu propter angustiam pelvis, impossibili, symphysis ossium pubis secunda? » Paris, 1776. — SIGAULT. « Mémoire sur la section de la symphysis des os pubis, » lu aux assembl. de la Faculté de Méd. de Paris les 3 et 6 déc. 1777. Paris, 1777. — *Journ. de Paris*, 1777, n. 219 (vi si trova la prima notizia, pubblicata, dell'operaz. fatta dal Sigault sulla Souchot). — GRANDELAS et DESCEMET. « Rapport au sujet de la section de la symphyse des os pubis fait par Sigault le 1.r oct. 1777. » *Ancien journal de méd.*, t. XLIX, Paris, 1777. — A. LEROY. « Recherches historiq. et pratiq. sur la section de la symphyse du pubis pratiquée sur la femme Souchot. » Paris, 1777-78. — PIET. « Reflexions sur la section de la symphyse du pubis. » Paris, 1778. — JUMELIN. « Précis historique de ce qui été fait pour et contre l'opération de la symphyse du

pubis. » Paris, 1778. — RETZ. « Observations intéressantes en faveur de la symphyse des os pubis. » Paris, 1778. — SIGAULT. « Discours sur les avantages de la section de la symphyse dans les accouchemens laborieux et contre nature. » Paris, 1779. — LAVACHER DE LA FEUTRIE. « Theses de sectione synchondroseos ossium pubis. » Paris, 1779. — DAGOTY. « Opération de la symphyse dans les accouchem. impossibles. » Paris, 1779. — *Bull. de l'Acc. R. de Chir.*, Paris, 1779. — LAUVERJAT. « Examen d'une brochure sur la symphyseotomie, etc. » Paris, 1779. — BELLAMI. « Observation intéressante sur un accouchement. » Paris, 1780. — A. LEROY. « Observations et reflexions sur l'opération de la symphyse, etc. » Paris, 1780. — DESGRANGES. « Réflexions sur la section de la symphyse des os pubus, etc. » Lyon, 1781. — DE LA PLANCHE. « Lettre sur l'orig. de la section du pubis. » *Journ. de méd.*, Paris, 1781. — BAUDELOCQUE. « L'art des accouchemens, etc. » 2 vol. in-8, Paris, 1781. — DE MATHIIS. « Description de l'op. de la symphyse. » *Ancien journ. de méd.*, t. LXIII, p. 510, Paris, 1785. — VERDIER DUCLOS. « Histoire d'une symphyseotomie pratiqué avec succès pour la mère et pour l'enfant. » Paris, 1787. — DAMEN. « Observation sur une femme à la quelle on a fait deux fois avec succès la section de la symphyse des os pubis. » *Ancien journal de méd.*, t. LXXI, p. 464, Paris, 1787. — LAUVERJAT. « Nouvelle méthode de pratiquer l'opération césarienne et parallèle de cette opération et de la section de la symphyse des os pubis. » Paris, 1788. — SACCOMBE. « Luciniade. » Poème didatique, 1791. — CHOURIET. « Considerations physiologiques et médicales sur l'op. de la symphyse. » Mémoires de la société méd. d'émulation de Paris, t. III, p. 213, Paris, 1795. — DELPEH. « Dissertation sur la possibilité et le dégré d'utilité de la symphys. » Montpellier, 1796. — SACCOMBE. « Douze mois de l'école anti-césarienne. » Paris, 1797. — GIRAUD. « Mon opinion sur les opérations césarienne et de la symphyse. » *Journal de méd.*, t. VI, p. 74, Paris, 1788. — MILLOT. « Supplémens à tous les traités etc. » Paris, 1804. — ROCHAT. « Dissertation sur la section de la symphyse du pubis, et sur les cas que exigent cette opération. » Paris, 1807. — COUTTOULY. « Mémoires sur divers subjets d'accouch. etc. » Paris, 1807. — GARDIEN. « Traité complète d'accouch. etc. » Paris, 1808. — ID. « Opération de la symphyse pratiquée avec succès pour la mère et pour l'enfant. » *Bull. des sciences méd.*, t. XXIV, Paris, 1810. — DEMANGEON. « De ossium synchondrotomia. » Paris, 1811. — ANSIAUX. « Dissertation sur l'opération césarienne et la section de la symphyse du pubis. » 2.e éd., Paris, 1811. — VERMANDOIZ. « Mémoire sur la section de la symphyse. » *Journal de méd.*, t. XXII, Paris, 1811. — CAPURON. « Cours théorique et pratique des accouch. » Paris, 1811. — BOIVIN. « Mémorial de l'art des accouchemens. » Paris, 1813. — MAYGRIER. « Science et art des accouch. » Paris, 1814. — LACHAPELLE. « La pratique des accouchem. » Paris, 1821-1825. — MURAT. « Diction. des sciences méd. » LIV, p. 66, Paris, 1821. — VELPEAU. « Traité complet etc. » Paris, 1829-1834. — DUGES. « Manuel d'obstétrique, etc. » 1826-1830-1840. — LACOUR. « Recherches historiques et critiques sur la provocation de l'accouchem. avant terme. » Paris, 1844. — GAZEAUX. « Traité théorique et pratique de l'art des accouch. » Paris, 1853. — JOULIN. « Traité complet de l'art des accouch. » Paris. — JACQUEMIER. « Manuel des accouch. » Paris, 1846. — P. DUBOIS. « Traité complet de l'art des accouch. » Paris, 1849. — LENOIR. « Atlas complimentaire de tous les Traités d'accouchem. » Paris, 1860. — CHALLY-HONORÉ. « Traité pratique de l'art des accouch. » 6.e éd., Paris, 1878. — GAZEAUX et TARNIER. « Traité théor. et pratique de l'art des accouch. » 9.e éd., Paris, 1880. — E. SCHWARTZ. Art. « Pubis » in « Nouveau dictionnaire de médecine et chirurgie pratiques, » t. XXX, Paris, 1881. — CHARPENTIER. « Traité pratique des accouch. » 1.e éd., Paris, 1883. — ID. 2.e éd. Paris, 1889. — BOUCHACOURT. Art. « Pubiotomie » in « Dictionnaire encyclopédique des sciences médicale, » 2.e série, t. XXVII, Paris, 1889. — AUVARD. « Traité pratique d'accouch. » 1.e éd., Paris, 1890. — ID. 2.e éd., Paris, 1891. — PINARD. « De la symphyséotomie. » *Annales de gynécologie*, Paris, février 1892. — CHARPENTIER. « De la symphyséotomie. » Comunication à l'Accadémie de médecine de Paris, séances des 15 et 22 mars 1892. Extrait du *Bulletin de l'Accad. de Méd.*, Paris, 1892. — TARNIER. Séance des 15 mars 1892 à l'Accademie de méd. de Paris (vedere il *Bullettino*).

Italia. — NESSI. « Arte ostetrica. » Pavia, 1779. — PERSONÉ. « Trattato della sezione della sinfisi del pube e del taglio cesareo. » Venezia, 1781. — *Avvisi sopra la salute umana,* Firenze, 1782, vol. VII, p. 81 (vi è riportata la notizia della prima sinfisiotomia fatta in Italia dal Lavagnino di Genova). — G. B. PRATOLONGO. « Discorso sulla sinfisiotomia, ecc. » Genova, 1783. — GIOVANETTI. « Opuscoli scelti sulle scienze e sulle arti. » Vol. VI, p. 215, Milano, 1783. — NANNONI. « Trattato di ostetricia. » Siena, 1786. — GALEOTTI. « Ostetricia pratica. » Napoli, 1787. — MORANDI. « Trattato universale dei parti. » Venezia, 1788. — VALLE. « Opera di ostetricia. » 1792-93. — MERULLA. « Istruz. fisiol.-prat. di ostetricia. » Napoli, 1792. — ASDRUBALI. « Elementi di ostetricia. » Roma, 1795-1797 (Napoli, 1811). — MONTEGGIA. Trad. con note dell'opera di G. G. STEIN « Arte ostetrica. » Venezia, 1800. — PENCHIENATI-BRUGNONE. Note alla trad. delle operaz. di chir. del Bertrandi. Torino, 1802. — MALACARNE. « Dei mostri umani. » Memoria della Società ital., vol. IX, p. 68, 1802. — FLAIANI. « Collezione di osservazioni e riflessioni di chirurgia. » III, p. 158, Roma, 1802. — ROSSI. « Elem. de méd. op. » Vol. II, p. 147, Torino, 1806. — ASSALINI. « Nuovi strumenti di ostetricia. » Parte II, p. 6, Milano, 1811. — ID. Discorso sul modo di estrarre il feto morto e ritenuto al disopra di una pelvi angusta e di cattiva forma. Milano, 1811. — SCOTTI. « Relazione di tre casi di sinfisiotomia eseguita dal dottor Giacomo Gianni. » *Annali universali di medicina,* Milano, 1848. — F. PASQUALONE. « Corso di ostetricia pratica, » p. 256, Napoli, 1818. — GALBIATI. « Memoria sull' operaz. del taglio della sinfisi del pube nella quale si espone una essenziale novella modificazione nel metodo di praticarla, che la rende più utile e più innocente. » Napoli, 1819. (Questa memoria letta all'Accademia medico-chirurgica di Napoli in giugno 1818, venne inserita, con mutamenti ed aggiunte, nel 1.° volume dei *Saggi* dell'Accademia medesima, Napoli, 1820). — DE FILIPPIS. « Note ed aggiunte alla traduzione dell'opera di Sabatier. » Napoli, 1822. — PETRUNTI. « Saggio sulle principali operazioni chirurgiche. » Napoli, 1822. — ASSALINI. « Sul miglior modo di compiere i parti nel caso di viziato bacino. » Discorso letto il 27 dicembre 1829 *(Atti dell'Accademia Gioenia di Catania,* vol. VI, p. 119), Catania, 1832. — GALBIATI. « La pelviotomia; ragguaglio di una nuova operazione di chirurgia che può con vantaggio sostituirsi alla cesarea, riuscita presso di noi sempre mortale alle donne alle quali si è praticata. » Napoli, 1832. — Vedere sopra questo stesso argomento *Il Filiatre Sebezio,* t. III, p. 312, Napoli, 1832. — Il *Severino,* Napoli, 1822. — *Annali universali di medicina,* t. LXVIII, p. 328, Milano, 1833. — BELLI. « Trattato di medicina e chirurgia progressiva giusta i risultamenti dell' esperienza e della clinica osservazione. » Parte II, p. 3 « Della pubiotomia. » Pistoia, 1836. — *Filiatre Sebezio,* tomo XXIII, pagina 145, Napoli, 1842. — P. L. CATTOLICA. « Note alla traduzione dell' ostetricia di Baudelocque. » Napoli, 1842. — RAFFAELE. « Ostetricia teorico-pratica. » Napoli, 1843. — « Atti del Congresso di Napoli. » *Annali universali di medicina,* CXVII, p. 620, Milano, 1846. — « Atti del Congresso di Genova, » riunito nel 1846. *Annali universali di medicina,* t. CXXI, p. 167, Milano, 1847. — CAPEZZI. « Se la pelviotomia sia preferibile alla gastroisterotomia, ecc. » *Annali universali di medicina,* p. 524, Milano, 1847. — « Atti del Congresso di Venezia » riunito nel 1847. *Annali univ. di medicina,* vol. CXXIV, p. 506, CXXV, p. 330, Milano, 1847. — LOVATI. « Memoria intorno la pelviotomia. » *Giornale per i progressi della Patologia,* vol. XII, p. 539, Milano, 1847. — GIOVANNINI. « Cenni sul trapano-sega. » *Filiatre Sebezio,* vol. XLIII, Napoli, 1852. — DE RENZIS. *Inst. de Pat. chir.,* vol. VI, p. 368, Napoli, 1853. — JACOLUCCI. « Paragone della sinfisiotomia col parto prematuro provocato per strettezza del bacino. » *Morgagni,* p. 561, Napoli, 1858. — DE CRISTOFORIS. « La resezione pubica sottoperiostea sostituita alle più gravi operazioni ostetriche. » *Ann. univ. di med.,* CLXV, p. 509, Milano, 1858 e CLXVII, p. 15, 1859. — PANZETTA. « Il segalviotomo. » Napoli, 1863. — O. MORISANI. « Dei restringimenti del bacino e delle indicazioni che presentano nel tempo del parto. » Tesi presentata pel concorso alla cattedra di ostetricia nella R. Università di Napoli, ottobre 1863. — ID. Appendice alla traduzione della medesima op. di Malgaine, art. « Sinfisiotomia e pubiotomia. » Napoli, 1867. — MAYER. Note ed aggiunte alla trad. dell'ostetricia di C. Braun. Napoli, 1869. — BALOCCHI. « Ostetricia per gli studenti, ecc. » Milano, 1871. — NOVI.

« La sinfisiotomia in Napoli. » *Archivio di chirurgia pratica* del Palasciano, Napoli, 1872. — A. CORRADO. « Dell' ostetricia in Italia dalla metà del secolo scorso, ecc. » Bologna, 1874. — MORISANI. Aggiunte alla traduzione dell' « Ostetricia » del Verrier fatta dal prof. Piretti. Napoli, 1875. -- ID. « Manuale delle operazioni ostetriche. » Napoli, 1875. — ID. Appendice alla traduz. dell' ostetricia di G. Braun. Napoli, 1881. — NOVI. « La sinfisiot. rifugiata presso la scuola napoletana. » Napoli, 1881. — CHIARA. « Sulle indicazioni della embriotomia. » *Letture della Medicina,* Milano, 1881. — MORISANI. « Sulla sinfisiotomia. » Comunicazione destinata al Congresso di Londra, e pubblicata sugli *Annali di Ostetr. e Ginec.,* Firenze, 1882. — MANGIAGALLI. « Una probabile risurrezione nel campo dell'ostetricia operativa. » Milano, 1882. — MORISANI. Aggiunta alla traduzione del Gazeaux e Tarnier « Trattato di ostetricia, ecc. » Napoli, 1883. — ID. « Manuale d' ostetricia. » Napoli, 1884. — ID. « Ancora sulla sinfisiotomia, statistiche e considerazioni. » *Annali di Ostetricia e Ginecologia,* Firenze, 1886. — D' URSI. « Distocia. » Bari, 1886. — LAURO. « Contribuzione allo studio del bacino cifotico. » Milano, 1887. — G. PIRETTI. « Contributo allo studio clinico del bacino osteomalacico. » Napoli, 1887. — MORISANI. « Sempre della sinfisiotomia, due nuovi casi con commenti. » Congresso di ostetr. riunito a Napoli, 1888. *Ann. di Ostetr. e Ginec.,* Firenze, 1888. — MANCUSI. « Due casi di sinfisiotomia con processo proprio. » Congresso di ostetricia, Napoli, 1888. — MORISANI. « A proposito di un parto cesareo processo Sänger. » *Riforma medica,* Napoli 1889. — CAMPIONE. « Sopra un caso di sinfisiotomia. » Bari, 1889. — MORISANI. « Sulla sinfisiotomia. » *Riforma medica,* Napoli, 1892. — SPINELLI. « Sui risultati della sinfisiotomia antisettica presso la scuola napoletana. » *Annales de Gynéc.,* Num. de janvier, Paris, 1892. — CARUSO. « Contributo alla pratica della sinfisiotomia. » *Annali di Ostetr. e Ginec.,* Milano, aprile 1892.

Alemagna. — LODER. « Dissertatio de syncondroseos ossium pubis sectione in partu difficili instituenda. » Goetting, 1778. — SCHURNIG. « Dissertatio de sectione syncondrosis ossium pubis. » Fribourg, 1778. — SCHMIDT. « Dissertatio de sectione ossium pubis non instituenda. » Giers, 1778. — SIEBOLD. « Dissertatio comparatio inter sectionem caesaream et dissectionem cartilaginis et ligamentorum pubis in partu, ob pelvis angustiam, impossibili suscipiendas. » Wicenbourg, 1779. — NEBEL. « De synchondrotomia. » Giers, 1780. — GEBHARDI. « Dissertatio de synchondrotomia ossium pubis. » Goetting, 1790. — OSIANDER. « Handbuc der Entbindungskunst, etc. » Goettig, 1818-1832. — RITGEN. « Die Anzeigen der mechanischen Hülfe bei Entbindungen. » Giessien, 1826. — J. CH. NAEGELE. « De jure vitae et necis quod competit medico in partu. » Heidelberg, 1826. — H. J. NAEGELE e W. L. GRENSER. « Traité pratique de l'art des accouch. » 2.ª ed. francese. Paris, 1880. — C. BRAUN. « Tratt. completo di ostetricia. » 1.ª ed. italiana. Napoli, 1869. — SCANZONI. « Lehrbuch der Geburtschülfe. » Bd. III, 1867. -- WILDE. « Das creibl. Gebärvemögen, » p. 167, 1866. — SCANZONI. « Sunto teorico-pratico di ostetricia. » 1.ª ed. ital., Napoli, 1860. — SCHROEDER. « Lehrbuch der Geburtsch. » 1875. — ID. Trad. ital. con note del prof. Tibone. Milano, 1883 e 1889. — G. A. BRAUN. « Manuale di ostetricia. » 1.ª ed. italiana con addizioni del prof. Morisani, Napoli, 1881. — FRISCH. « Klinik der geburtschülflichen operationem. » 1888. — F. WINCKEL. « Lehrbuch der Geburtschülfe. » Leipzig, 1889. — FEHLING. « Die geburtrchülflichen operationen » in: *Müller's Handbuch der Geburtschülfe,* Bd. III, 1889. — ZWEIFEL. « Lehrbuch der Geburtschülfe. » Stuttgart, 1889. — KLEINWAECHTER. « Die geschichtliche Entweklung der Geburtschülfe, etc. » in · *Müller's Handbuch der Geburtschülfe,* 1888. — MARTIN. « Lehrbuch der Geburtschülfe. » Leipzig u. Wien, 1891. — RUNGE. « Lehrbuch der Geburtschülfe. » Berlin, 1892.

Inghilterra ed **America del Nord.** — HUNTER (Williams). « Medical observations and inguines. » T. II, 1780. — OSBORN. « Essay on laborius parturition in which the division of the symphysis pubis in particulary considered. » London, 1783. — AITKEN. « Principles of midwifery of puerperal medicine. « Edimburg, 1786. — BURNS. « Traité des accouch. » Trad. franc., Paris, 1840. MEIGS. « Obstetrics. » Philadelphia, 1852. — R. P. BARNES. « Leçons sur les op. obstétricales, etc. »

Trad. franc., Paris, 1873. — PLAFFAIR. « Traité théorique et pratique de l'art des accouchements. » Traduit sur la 2.e éd. anglais paru en déc. 1878 par le doct. Verneil. Paris, 1879. — W. T. LUSCH. « Science et art des accouch. » Trad. franc., Paris, 1885. — R. HARRIS. « The revival of symphysiotomy in Italy, etc. » *Amer. Journ. of the med. Sc.*, for Jan. 1883. — R. BARNES et F. BARNES. « Traité théorique et clinique d'obstétrique, etc. » Trad. par Cordes, Paris, 1886. — R. P. HARRIS. « Symphysiotomy » in *Reference Handbook of the medical sciences*, Philadelphia, aprile 1888.

Olanda, Belgio, Svizzera, ecc., ecc. — CAMPER. « Epistola de emolumentis synchondroseas ossium pubis. » Grou, 1774. — BAMPS. « Tractatus de anteponenda sectione caesarea, sectione symphysis ossium pubis. » Genevae, 1778. — GAMBON. « Lettre a Brambilla sur trois opérations de la symphyse. » Mons, 1780. — BAETINGS. « Mémoire au sujet d'un instrument écartatif, etc. » Turnhout-Brépols, éd. 1819. — HUBERT E. « Cours d'accouchements. » 3.a éd. Paris e Louvain, 1885. — E. HERNANDEZ. « Sinfisiotomia. » *Cronica medico-quirurgica de la Habana*, año XVIII, T. XVIII, N. 8, Habana, abril 1892.

II.

PREISTORIA DELLA OPERAZIONE. — Chiameremo così quel lunghissimo periodo che sorge con i primi albori della ostetricia e va fino al tempo della proposta concreta e definita di operazione della sinfisi, formulata dal Sigault.

Molti autori han creduto di rintracciare, in qualche passo di scrittori antichi l'idea e l'affermazione ancora della possibilità della sinfisiotomia; dimostreremo che essi sono in errore, per lo meno nella interpretazione delle citazioni.

L'idea della divisione della sinfisi dei pubi, come indicazione e come atto operativo, di cui si dovesse avvalere la pratica dei parti, è tutta originale del Sigault, sebbene questa idea gli sorgesse nella mente, come egli stesso afferma nella sua tesi sostenuta nelle scuole di Angers, dalla letteratura delle opere di Pineau e di altri autori antichi.

Invero Severino Pineau scriveva: « invano il collo dell' utero e le « altre parti molli si dilaterebbero per il passaggio del feto, se le ossa « non potessero separarsi » (1). E già prima di lui Ambrogio Pareo aveva affermato, a proposito del divaricamento dei pubi durante il parto: « altrimenti il feto non potrebbe passare per una via così stretta » (2).

---

(1) S. PINEAU. « Opusc. phisiolog. et anat. » Lib. II, Paris, 1597.

(2) A. PAREO. Lib. XXIV, Cap. XIII.

Similmente Fernelio, fra le cagioni del parto difficile e laborioso, noverava la resistenza naturale delle sinfisi, e sopratutto l'aridità e la secchezza che loro necessariamente apporta l'età, per cui raccomandava, per favorirne l'ammollimento, le embrocazioni, i cataplasmi, le unzioni ecc., ecc. (1).

Peraltro i detti autori non facevano che ribadire le false ipotesi ed i pregiudizi che fin dai tempi di Ippocrate correvano sul meccanismo del parto e sulle conoscenze del bacino.

La teoria, che le articolazioni del bacino alla fine della gravidanza si allentassero e così rendessero possibile il passaggio della testa fetale attraverso la trafila pelvica, era antichissima. Sorano ed Aezio avevano consacrato nei loro scritti che « causa dei parti difficili fosse la troppo « stretta articolazione delle ossa, ed ogni bacino dovesse essere troppo « piccolo ed al parto insufficiente, se prima non si fosse alquanto aperto. » D'altra parte le conoscenze sull'anatomia e sulla fisio-patologia del bacino erano incompletissime od anche mancavano del tutto. È vero che Vesalio nel 1543 diede una eccellente descrizione anatomica del bacino normale, e poco dopo, nel 1572, dal suo discepolo Aranzio venne scoverto il bacino ristretto, alla cui causa questo autore attribuiva i parti laboriosi; ma le loro dottrine non trovarono molto favore e passarono quasi inosservate, mentre che la grande autorità di Pareo e di Pineau dava credito e diffusione alle false teorie dei loro predecessori.

Correndo adunque queste teorie è naturale che non si poteva, in quei tempi, concepire l'idea di una operazione destinata ad ampliare un bacino ristretto; e questa giustificazione a noi sembra più logica di quella che addusse il Baudelocque affermando che « i sufficienti lumi di coloro « che hanno esercitata l'arte ostetrica aveva fatto scorgere l'inutilità ed il « pericolo, tale quale sia, di una simile operazione (sinfisiotomia) in « caso di difetto estremo del bacino. »

Pertanto come prova che fin dai tempi antichissimi fosse stato proposto il taglio della sinfisi, si riporta il seguente passo di Galeno, a proposito delle parti esterne contenenti l'utero ed il feto « *non tantum* « *dilatari, sed et sicari tuto possunt ut internis succurratur.* » (2). È

---

(1) Fernelio. « Patholog. » Lib. IV, Cap. XVI.

(2) In Hippocratis et Galeni. « Physiologia partem anatomicam Isagage. » Venetis, 1555.

molto dubbio che con queste parole Galeno avesse voluto accennare alla sinfisiotomia, e del resto poi sarebbe voler andare troppo oltre l'indurre da così piccolo indizio l'enunciazione dell'atto operativo. Tanto più che il Pineau ripetendo queste parole, dà loro un significato abbastanza diverso da quello che gli autori, per sostenere la loro tesi, si sono sforzati di attribuire. In vero il Pineau così si esprime: « Si enim « natura ossa capitis non perfecerit in utero, neque naturas ullas his « effinxerit, ut deflexis ossibus et utcumque compresso capite foetus in « enixu facilius expellantur utero, exeantque foras; quanto magis in « dilatandis maternis ossibus sagax et provida eadem erit, contra eorum « opinionen qui ista ossa dilatari negant. Praeterea ignobiliores partes « nobilioribus semper ministrant et obsequuntur, nec non continentes « seu externae, non tantum dilatari, sed etiam secari tuto possunt ut « internis succurratur, ut Galenus ait. At nemo sane est mediocriter in « medicina versatus, qui non noverit pueros in utero contentos multo « nobiliores esse maternis ossibus, pelvim, ut vulgo loquitur, costituen- « tibus. Quare ossa pubis ab invicem necessario, et ossa ilium ab osse « sacro distrahi in puerperio naturali concludimus. » (1).

Ora appare chiaro da questo passo, che abbiamo avuto cura di riportare per intero, che quando il Pineau, con l'autorità di Galeno, dice *le parti esterne e contenenti, come meno nobili delle interne, potersi in servizio di queste più importanti non solo* DILATARI SED ETIAM SECARI, non aveva già in mente di proporre la sinfisiotomia; ma semplicemente voleva addurre nuovo e maggiore argomento, non tanto da persuadere che le ossa del pube fra loro e gl'ilei dal sacro si possono benissimo disgiungere, quanto per affermare la necessità che codesto disgiungimento avvenga nel parto naturale, in ossequio dell'enunciato principio della gerarchia delle parti. E in questo senso l'interpreta il Corrado, l'erudito storiografo ed acuto critico dell'ostetricia italiana.

Bisogna interpretare nello stesso modo gli altri passi alligati da parecchi autori, riguardando essi sempre la questione *se le ossa del bacino,* OSSA MATRICIS, *si allentassero nelle articolazioni per lasciar uscire il feto.*

---

(1) PINAEI SEVERINI. « De verginitatis nobis graviditate et partu. » Op. cit., Lib. II, Cap. X, pag. 175.

Similmente non è nel vero chi volle inferire dalle parole di Maurizio Della Corde l'antichità della sinfisiotomia; inquantochè l'A. non parla che di ossa disgiunte nel parto dalla violenza delle doglie, e non dall'arte dell'ostetrico; avvenimento tutt'altro che propizio, egli aggiunge, poichè nè le ossa divaricate tornavano a ricongiungersi saldamente, nè bastevole l'ampliamento che ne seguiva, *unquam digitus posset unus aut alter inseri* (1).

Ci piace illustrare con altre notizie bibliografiche questo periodo che precedè la proposta del Sigault, per dimostrare ancora più chiaramente da quali fonti storiche abbia tratta la felice ispirazione della sinfisiotomia il giovane studente della facoltà di Parigi.

Il Pineau narra nella sua opera, di avere spesse volte veduto nelle campagne di Francia le levatrici ed altre donne tentare di aprire la via al parto difficile snodando, col tirare da una parte e dall'altra le cosce della povera partoriente, l'articolazione delle ossa pettinee; e soggiunge « *aptius id factum fuisset si doctos medicos et chirurgos, non* « *censores, sed coadiutores aut imperatores habuissent, a quibus methodum* « *dilatandi vias didicissent.* » (2).

Ambrogio Pareo a sua volta scriveva di aver inteso dire che in Italia si rompevano le ossa del pube alle fanciulle, affinchè, a suo tempo avessero il parto più facile; *cosa falsa e menzognera*, aggiunge, *chè quand'anche rotte, in dette ossa si sarebbe, come in ogni altra frattura, poco dopo formato il callo, e quindi il parto si sarebbe fatto sempre più penoso* (3). Facciamo rilevare che Malgaigne, a questo passo del Pareo, metteva in nota « far molta meraviglia niuno avesse posto mente alla pretesa « costumanza italiana, la quale, sebbene fosse non più che una diceria « assurda, forse non era che il traviamento di ragionevole operazione, « analoga alla sinfisiotomia, proposta in Francia nel secolo XVIII. »

E prima ancora del Pareo, Vesalio, da cui forse Pareo apprese la notizia, nella sua anatomia riferisce: « *quod autem nuper natis puellis,*

---

(1) Cordaei. « In Hippocratis Lib. priore, de morbis mulier. » Comment. in Gynecio. Basil, 1586, III, 226, 475, 476.

(2) Op. cit., Lib. II, Cap. VI, p. 148.

(3) Op. cit. Lib. XVIII., Cap. 13, p. 665.

« *partus facilioris gratia, apud nullas gentes pubis ossa aut comprimentur,*
« *aut disjungantur neminem dissectionis studiosum latere arbitror: quam-*
« *tumvis id pertinaciter vulgus nunc de his nunc de illis nationibus*
« *affirmet* (1). »

Similmente Silvius faceva notare che nei bambini appena nati e nelle puerpere la cartilagine delle ossa del pube « *mollier est ac laxior:*
« *ut vi parva secando, facile separetur* (2). »

Gli autori a qualunque costo han voluto contrastare al Sigault non solo l'originalità della idea del taglio della sinfisi pubica, ma anche la priorità operativa, appoggiandosi a fatti, certamente di indiscutibile importanza, ma che giudicati nel loro assoluto valore dimostrano, secondo noi, perfettamente il contrario di quello che si è voluto sostenere.

Ecco i documenti storici ai quali ci riferiamo:

Un medico di Varsavia, chiamato De Lacourvé, avendo appreso che una donna primipara, di 40 anni, era morta dopo un travaglio di 4 giorni, senza aver potuto partorire, volle ricercare, sul cadavere, le cause dell'accidente. La testa del feto, che si poteva toccare dalla vagina, non era discesa abbastanza. Egli ebbe la idea di dividere la sinfisi pubica con un rasoio, e potè estrarre il feto nella presentazione naturale in cui si trovava. « *Pubis ossa ita erant constrincta et conjuncta ut vix nova-*
« *cula potuerint diduci: his deductis extractus est infans eo situ, quo*
« *prodibat, omnino naturali.* » E dalla narrazione del fatto De Lacourvé ne deduceva che il parto, in quella povera donna, non si era potuto effettuare, perchè non si erano abbastanza allargate le ossa del bacino:
« *unde judicavimus non alio frustrati partus, utriusque mortis causam*
« *esse deducendam, nisi qua haec ossa non potuerint diduci: erat enim*
« *ipsa brevis admodum staturae, senicula, quadrigesimum octavum aetatis*
« *annum agens, nec antea gesserat utero* (3). »

In seguito questo fatto fu riferito dal Bartholini (4) e da altri autori; ma a nessuno suggerì l'idea di trarne fuori il progetto di una ope-

---

(1) Vesalio. « De humanis corporis fabrica. » Venet., 1568, p. 96.

(2) In Hipp. et Gal. ecc., op. cit. Lib. I, cap. 2, pag. 21.

(3) De Lacourvèe Job. Claudi Vesulani. « De Nutritione fetus. » Dantisci, 1655, p. 245.

(4) Bertholini, rh. « De insolitis partus humani viis. » Hofuiae, 1664, p. 22.

razione, di cui si potesse giovare la pratica ostetrica. Il caso di De Lacourvé risale al XVII secolo, e proprio all'anno 1655.

Un secolo dopo, nel 1766, un fatto simile occorse al Plenck. Dissecando questi il cadavere di una donna, morta durante il travaglio, senza aver potuto partorire, trovò l'uscita del bacino molto ristretta e la testa del feto tanto impegnata in questa cavità che gli fu impossibile, anche praticando l'operazione cesarea, di ritirare il feto; « io ricorsi allora, « egli dice, alla sincondrotomia e ne ottenni un successo pronto e facile. » Ma l'operatore non ne ricavò alcun utile insegnamento da questo fatto sperimentale; che anzi ei ne dedusse opinione, la quale, oltre non esser vera, come fatto generale, e lo stesso Plenck lo confessa, se per tale fosse stata accolta avrebbe piuttosto allontanati, anzicchè messi gli ostetrici sulla via di concepire la nuova operazione. Ecco come si esprime l'A. nei suoi *Elementa artis obstetriciae,* pubblicati nel 1781: « *Si tunc* « *temporis* (1766) *serius de usu syncondrotomiae in muliere viva cogitassem,* « *facile potuissem hujus intentionis inventor evadere, at ego recte, quod* « *sortis humanae nimis saepe est, ex hac observatione erronean decerpsit* « *opinionem, nempe cartilaginem inter ossa pubis semper habere latitudi-* « *nem unius pollicis, quod vero rarissimum est* (1). »

Il Camper fin dal 1751 sperimentando e studiando sui bacini di donne, recentemente morte, osservò che, dopo il taglio della sinfisi dei pubi, le ossa iliache si divaricavano facendo aumentare per tal modo l'area pelvica. Ma, all'eminente ostetrico olandese, questa osservazione sperimentale non suggerì alcuna idea di utilità per la pratica dei parti. Ecco come egli si esprime nella sua *Epistola ad Davidem von Gesscher* (1774): « *Sed confiteor, aperte, utilitatem hanc mihi nunquam in* « *mentem venisse; etiam si natura ipsa mostraverit viam relaxando, et* « *separando a se invicem ossa pubis, in omnibus fere difficilibus partubus.* »

E sembra che già prima del Camper il nostro Morgagni avesse dimostrato sperimentalmente sul cadavere l'aumento della capacità pelvica dopo il taglio della sinfisi; tragghiamo la notizia dal seguente passo del Merulla (T. II, p. 185) che scrisse le sue *Istruzioni fisiologico-pratiche di ostetricia* nel 1792: « ....questa operazione non ignorata dal celebre

---

(1) PLENCK. « Elementa artis obstetriciae. » Vien., 1781, p. 206.

« anatomico sig. Morgagni, come per testimonianza dei suoi alunni, ed « eseguita dal medesimo sopra i cadaveri, dimostrava lo spazio di più « linee, che poteva acquistare la pelvi, mediante questa incisione, e che « avrebbe potuto servire, per facilitare la sortita del feto impossibilitato « per la pessima conformazione nelle ossa della pelvi . . . »

Dal caso di De Lacourvé, dall'operazione sul cadavere di Plenck, dagli esperimenti di Morgagni e di Camper, ad un tentativo premeditato e regolato sulla donna viva non vi era che un passo, e farebbe meraviglia che non si sia ben presto messa in pratica l'operazione, se non fosse giustissima la riflessione del Bouchacourt, che le più grandi e le più utili scoverte spesso sono dovute, meno ad una preparazione lunga e metodica, che ad una ispirazione felice, la quale, più di una volta è sembrato il risultato del caso.

Fra la preistoria della sinfisiotomia vogliamo anche ricordare un fatto singolare e curioso riferito da Galbiati, ed allo stesso narrato dal Catugno.

Un chirurgo di Andria di cognome Arbore, chiamato in Ruo ad assistere una partoriente, vedendo impossibile la naturale uscita del feto per essere stretta la pelvi, immaginò di provvedere al bisogno; puntellata la testa contro l'osso sacro della donna, ed afferrato ai lati il bacino della medesima, tanto e si forzosamente ne trasse a sè gli ilei, che finalmente uno scoppio violento sentissi al pube. Allargatosi con ciò il varco, il parto successe felicemente, e la madre non ne ebbe verun danno.

Il Galbiati dopo aver riferito il caso soggiunge « che se esso fosse « stato conosciuto quando avvenne, cioè nel 1757 circa, od il chirurgo « che ne fu l'autore avesse saputo trarne partito, il trovato della ope- « razione della sinfisi del pube apparterrebbe al nostro paese. »

Questo è il materiale di citazioni e di fatti storici che, per avventura, possono ravvicinarsi o riferirsi alla questione della sinfisiotomia; ed a me pare di averli ben vagliati e giustamente apprezzati affermando che l'idea della divisione della sinfisi, come indicazione e come atto operativo, è originale del Sigault; e per ripetere la enfatica espressione del De la Planche, uno dei più ferventi evangelizzatori della nuova fede sigaultiana « niuno prima di Sigault aver detto: *tagliate il pube e « torrete che le teste troppo grosse s' incastrino; tagliate il pube e darete « libero varco alle teste nell' incastro inceppate;* M. SIGAULT L'A PENSÉ, « L'A DIT, L'A EXÉCUTÉ SUR LE VIVANT, LE PRIMIER. »

III.

Prima di ogni altro reputiamo utile stabilire l'ordine che vogliamo dare a queste note di storia critica sulla sinfisiotomia; in tal modo sarà facilitato il nostro lavoro, e, nello stesso tempo, il lettore potrà seguire più agevolmente l'evoluzione storica della questione.

Studiando attentamente la storia della sinfisiotomia vi abbiamo ravvisati tre periodi differenti, ben distinti e definiti, i quali manterremo nello svolgimento della materia.

Nel primo periodo, che corre dalla proposta e dalla prima operazione del Sigault fino al principio del secolo XIX, la questione messa male dallo stesso inventore, fu traviata maggiormente del cieco entusiasmo dei fautori e dall' ostilità violenta ed inconsulta degli avversarii.

Il secondo periodo va dal principio del secolo fino al 1886. In questo lunghissimo periodo, assopite ed estinte tutte le passioni sorte intorno alla operazione, si riesamina la questione e si studia con animo pacato e scevro di preconcetti. Pertanto assistiamo, come ben dice il Mangiagalli, allo svolgersi di un curioso fenomeno psicologico e storico. Mentre la discussione va man mano assumendo un andamento serio e scientifico, e molti fra' più autorevoli ostetrici se ne dichiarano, entro certi limiti, partigiani, le cliniche internazionali di converso van proscrivendo sempre più dalla loro pratica attiva l'operazione, fino ad abbandonarla completamente, restando unico suo rifugio la scuola napoletana. Intanto sorgeva l'antisepsi, portando nella chirurgia operativa la più fondamentale rivoluzione. Gli ostetrici, che ne ricavavano i maggiori vantaggi nella profilassi delle partorienti e nella pratica delle più gravi e più difficili operazioni, non si curarono di beneficiarne la sinfisiotomia. Se nonchè il Mangiagalli prima, in una importante conferenza, espresse la speranza della risurrezione della sinfisiotomia, sotto la salvaguardia dell'antisepsi, e poco dopo il Morisani, che in Napoli aveva lungamente preparato, incitato, contribuito al suo movimento scientifico e clinico, nel 1886 in una nota, che segnerà data nella storia della operazione, proclamò, sulla scorta della più rigorosa critica scientifica ed obbiettiva,

che « la sinfisiotomia è operazione che può e deve rimanere nella pra-
« tica ed in mani abili può dare eccellenti risultati. »

Da questo momento si apre il terzo periodo, o periodo antisettico della sinfisiotomia, che nel suo svolgimento progressivo, accenna finalmente ad allargarsi in una più ampia e più proficua discussione internazionale, il cui risultato definitivo, non vi ha dubbio, segnerà una delle più belle ed umanitarie conquiste dell' ostetricia operativa.

Primo periodo. — Nel 1768 il Sigault, ancora studente di medicina, presentò all'Accademia reale di chirurgia di Parigi una memoria, nella quale proponeva *d' ingrandire il canale del bacino, separando le ossa del pube per mezzo della sezione della sinfisi, allo scopo di rimpiazzare l'operazione cesarea.*

L'Accademia volle appena ascoltare le ragioni di questa proposta e, sul rapporto di Ruffel, ad unanimità la respinse.

Louis, l'illustre segretario dell'Accademia, scrivendo al Camper poco dopo la comunicazione di Sigault, glie ne parlava come *un projet extraordinaire, éclos dans une tête fole*, di cui l'autore non aveva *pas assez estimé les dargers.*

Tuttavia il giudizio del celebre ostetrico olandese non fu sfavorevole alla proposizione formulata da Sigault; che anzi egli l'accettò con entusiasmo; ecco le sue parole: « *captus ingenioso Junioris chirurgi con-*
« *silio, statim in mentem vocabam, quod toties in sectionibus synchon-*
« *droseos ossium pubis cadaverum observaveram.... Tanto perfusus voluis-*
« *sem, si licuisset, ab ore ejus excellentissimam hanc cogitationem vel*
« *schema accipere.* »

E dopo molte esperienze sugli animali e sopra nuove ricerche anatomiche sulle articolazioni del bacino umano, Camper rispose a Luis: « sembrargli tutt'altro che insensata l'operazione proposta da Sigault,
« la quale forse era chiamata a rendere dei servigi alla umanità. »

Sigault, per parte sua, non si perdè d'animo, e riprodusse la stessa proposta nella sua tesi, sostenuta nelle scuole di Angers, nel 1773. Quattro anni dopo, 1 ottobre 1777, praticò la prima operazione in presenza di Alfonso Leroy, sopra una donna a nome Souchot, di 39 anni, difforme, rachitica, arrivata al termine della 5.ª gravidanza, le 4 prime essendosi terminate con la morte del feto; il bambino fu estratto vivo e

e la madre, il 3 dicembre, si portava a piedi alle scuole di medicina di Parigi, situata allora a *Rue Jean de Bounvais;* il successo era completo!

Nessuno aveva mai contrastato al Sigault la priorità operativa della sinfisiotomia sulla donna vivente. Senonchè in questi ultimi anni si è voluto rivendicare al Ferrara di Napoli il merito di averla prima eseguita. È debito di una severa e coscienzosa critica far risaltare la luce sulla detta questione.

Ecco il documento su cui si è fondato il diritto della rivendicazione. Il Cattolica, nella introduzione all'Ostetricia del Baudelocque, da lui tradotta in italiano, così scrive: « *Domenico Ferrara*, istituito in Fran« cia, fu il primo che bandì tra noi le assurde manovre dell' ignoranza « e stabilì i principî della buona pratica. Pieno di zelo per l' arte e per « la gioventù, egli dettò lezioni di ostetricia nella cattedra, cui oggi « siamo noi succeduti. La sua scuola fu un seminario donde uscirono « moltissimi allievi che propagarono tra noi le teoriche della ragione e « della vita. Distratto da una pratica, di cui altri non ebbe mai più « estesa, egli non pubblicò le sue dottrine; ma queste depositate nei « manoscritti delle sue lezioni, attestano tutto il valore del loro autore. « La nazione ricorderà di lui infinite operazioni, la cui storia sola po« trebbe formare un' opera utilissima all' arte. Fra le molte di esse giova « rammentare *quella della sinfisi*, *eseguita nel 1774*, nel grande Spedale « degl' Incurabili, in persona di una donna affetta da rachitide, che visse « per molto tempo e fu testimone del valore dell' illustre operatore, « come non sarà mai una prova di più per adottare un metodo che noi « vedremo altrove non essere quello prescritto dalla ragione. »

Questa recisa affermazione del Cattolica non può derivare, assai probabilmente, che da un errore di data; e le ragioni plausibili che ci persuadono a non accettarla, come è segnata dal Cattolica, sono numerose.

Innanzi tutto ricercando negli autori contemporanei del Ferrara, non ci è riuscito di trovare ricordata l' operazione con la data 1774. Bensì il Galeotti, che stampava il suo libro nel 1787, a pagina 196, scrive: « l' operazione della sinfisi essere stata fatta allora, cioè *venti* « *giorni prima* e per la seconda volta in Italia. » Il Galeotti si riferiva alla prima operazione praticata in Italia dal Lavagnino a Genova, igno-

rando però che dopo quella del Lavagnino se ne era fatta già un'altra dal Giovanetti, nel 1783, ad Orta nel Novarese.

Il Merulla, discepolo del Ferrara, nel suo trattato « Istruzione fisiologica pratica di ostetricia, » pubblicato a Napoli nel 1792, a pag. 185, volume 2.°, scrive: « la sincondrotomia con molta facilità e perizia pra- « ticata dal maestro, coll'assistenza ed intervento di più professori, « venne terminata dal signor De Donno, » ma non segna la data della operazione.

Inoltre gli estensori del giornale medico di Firenze *Gli avvisi sopra la salute umana*, mentre ripetutamente parlavano di *sinfisiotomia* dal 1778 in poi, nulla dicono, quantunque teneri dell'onore della medicina italiana, che quella fosse stata fatta a Napoli nel 1774, cioè tre anni prima che in Francia. Similmente il Lavagnino nella sua relazione, pubblicata negli stessi *Avvisi* fa sapere « che dopo la Souchot altre 10 donne « erano state sottoposte a simile operazione a Parigi, ed in altre città « di Francia e Germania, » ma del Ferrara non parla. In seguito il Pratolongo nel suo « Discorso sulla sinfisiotomia, » nel quale è fatto la storia dell'operazione, pubblicato in Genova nel 1783, ripete che la prima sinfisiotomia in Italia fu fatta dal Lavagnino nel 1781. Nè si può obbiettare che queste affermazioni non vennero rettificate, perchè le pubblicazioni dei detti autori non erano note al Ferrara ed ai suoi contemporanei della scuola napoletana; perocchè il Galeotti che, come abbiamo già detto, scrisse la sua opera di ostetricia pratica nel 1787, ci dà appunto notizia della prima operazione praticata in Italia con i particolari dettagliati e che si riferiscono, senza dubbio, all'infelice caso del Lavagnino di Genova, nel quale madre e bambino soccomberono; e il cadavere della donna dovette essere portato alla chiesa di notte, dice il Galeotti, *per evitare qualche scandalosa conseguenza;* soggiungendo: « *questa è la sorte di chi operando ha per giudice un pubblico appassionato!* »

Altri autori che scrissero sulla sinfisiotomia molto vicino a quell'epoca, come il De Donno, il Pasqualone, il Galbiati, il Raffaele non ricordano altra operazione del Ferrara, oltre quella praticata nel 1787.

Noi abbiamo continuato la inchiesta già intrapresa con molta cura e con vivo interesse dal nostro prof. Morisani, per rintracciare documenti che avessero potuto giustificare la data 1774 segnata dal Cattolica;

ma le nostre ricerche, come le precedenti del Morisani, sono riuscite completamente infruttuose.

Vogliamo finalmente aggiungere una considerazione che, per quanto d'indole subbiettiva, ha tuttavia un certo peso nella bilancia contro i sostenitori della rivendicazione pel Ferrara. Il Cattolica nel passo dove segna 1774, come epoca della operazione del Ferrara, non ha l'intenzione di stabilire con questa data un fatto di priorità, che ridonderebbe a grande onore del suo venerato maestro; e che sia così tende a dimostrarlo lo spirito dello scritto; ed inoltre bisogna tener conto del silenzio completo con cui il Cattolica fa passare l'affermazione recisa del Baudelocque « *non* « *può negarsi al medico di Parigi.... di essere stato il primo ad eseguire* « *questo progetto* (cioè la sinfisiotomia) » mentre il Cattolica stesso ha avuto cura di intercalare delle note alla sua traduzione dell'opera del Baudelocque.

Dopo di che, in omaggio alla giustizia storica, non si ha il diritto di negare al Sigault tutto il merito della priorità della sinfisiotomia sulla vivente, salvo che nuovi ed importanti documenti non dimostrino con evidenza il contrario, conferendo al Ferrara di Napoli l'onore che, a buon diritto, spetta oggi al Sigault francese.

(*Continua*).

AMBULATORIO OSTETRICO-GINECOLOGICO
DELLA POLIAMBULANZA MEDICO-CHIRURGICA DI PALERMO

Tre casi di malformazione dei genitali muliebri

STUDIATI DAL LATO EMBRIOGENICO ED OSTETRICO

DAL

Dott. GIUSEPPE GIGLIO

Non è del tutto scevro d'importanza pratica il portare a conoscenza quelle anomalie o arresti di sviluppo, che possano dar luogo ad applicazioni ostetriche. Con questo intendimento ho riunito i tre casi seguenti, studiandoli, più dal lato della influenza, che essi esercitano sopra la gestazione e il parto, col rendersi ora causa di sviluppo anormale di gravidanza, ora d'interruzione della stessa, o di distocia nel parto, che dal lato medico-legale.

Per la seconda parte, rimando piuttosto al lavoro del Condorelli (1), che in occasione d'un caso speciale, s'intrattiene a lungo della parte medico legale, nei vizi di conformazione dell'utero e della vagina; io mi permetto solo, per farne rimarcare l'interesse, di rammentare il caso di morte descritto dal Moschka, riferito ad avvelenamento, e l'altro del Kaltenbach, attribuito a maltrattamenti del marito. In entrambi l'apprezzamento erroneo fu chiarito dalla sezione anatomica, la quale dimostrò essere la morte avvenuta per la presenza di gravidanza in organi mal formati. Nella prima parte mi sforzerò di mettere in rapporto l'anomalia con lo sviluppo embriologico e colla clinica.

Caso I. — Tarantino Teresa, di anni 25, di Palermo, casalinga, moglie ad un marinaio, ricorreva all'ambulatorio ginecologico, da me tenuto

(1) « Caso di vagina doppia con imene doppio ed utero inferiormente septus. » *Giornale Italiano delle malattie veneree*, anno 14.° fasc. 4.°, dic. 1889.

nel locale della Poliambulanza medico-chirurgica, per disturbi uterini in seguito ad aborto. Essa era rimasta gravida alcuni mesi dopo il matrimonio, ed aveva visto mancare tre volte le mestruazioni, quando ebbe una grave metrorragia, con dolori uterini seguiti dalla emissione d'un uovo intero.

Dopo l'aborto le perdite rosse, pur conservando il periodo mensile, si alterarono nella quantità, che talvolta era scarsa, talvolta abbondante, e nella qualità, perchè era molto fluida e bianchiccia. Il periodo intermestruale era occupato da scolo bianco inodore. La sofferenza maggiore però, che disturbava la donna, era il dolore intermittente ai quadranti inferiori ed il senso di stiramento ai lombi.

Il tardivo sviluppo, avvenuto all'età di 17 anni, fu accompagnato da dolori al basso ventre ed il tributo, sebbene regolare nel periodo, si mantenne sempre scarso e doloroso fino all'epoca dello aborto. Del resto essa era stata sempre sana; nessuna anomalia fu constatata nella parentela, nessun grado di consanguineità esisteva tra i genitori ed i coniugi.

Esame. — Donna molto alta, con sviluppo scheletrico regolare, bacino di conformazione fisiologica con diametri normali. Organi del torace e dell'addome fisiologici, mammelle piccole, ma sostenute, genitali esterni normali, forchetta integra, grandi e piccole labbra discretamente sviluppate, clitoride prominente, vestibolo normale, monte di venere riccamente coperto di peli, imene sostituito da caruncole mirtiformi. Canale vaginale misura cm. 7 circa, diviso in due metà disuguali, da un setto longitudinale, spesso, rivestito di mucosa, raggrinzata da pliche irregolari. Esso si estende dallo orifizio vulvare fino allo attacco dei fornici vaginali, formando due canali completi. Sulla parete posteriore d'ogni canale e in alto, in vicinanza della inserzione vaginale sul collo, si solleva una plica di mucosa disposta in senso trasversale, la quale forma una specie di gradino o di valvola, che nasconde il collo dell'utero, il quale è doppio. Dietro questa valvola il canale vaginale forma un leggiero svasamento, specie di cloaca, ove sbocca la porzione vaginale. Il collo di destra è più grosso di quello di sinistra e l'orifizio esterno è dilatato e fesso trasversalmente. La mucosa sul muso di tinca è arrossata e vellutata, leggiere abrasioni si scorgono tutto intorno. L'orifizio esterno del sinistro è regolare, la mucosa normale, la superficie del collo liscia e levigata, senza alcuna abrasione. Ciascun collo resta completamente separato dall'altro, e forma un cilindro assolutamente libero; però entrambi si vanno a riunire in un corpo d'utero relativamente piccolo, ma normale allo esterno. Dilatando i canali vaginali con abbassatori, s'introducono due sonde, attraverso i due orifizi, nei due canali separatamente, che si spingono fino in fondo senza incontrarsi.

Entrano a concavità ant. e misurano pollici 2, 70 a destra, e pollici 2, 50 a sinistra. Qualche volta girando la sonda sul proprio asse si riceve il senso del contatto attraverso il setto.

L' esplorazione bimanuale fa constatare nella pelvi un corpo quasi appiattito, grosso quanto un piccolo uovo di gallina, che per la forma, per la statica e per la consistenza si può rassomigliare all' utero. Da ciascun angolo di esso parte un cordone duro, che si perde verso l'esterno, a cui stanno attaccati due corpiccioli ovali e duri. Spazio del Douglas ed annessi sono liberi. Fornici di curvatura fisiologica.

Caso II. — Landolfi Grazia, di anni 26, da Palermo, viene all' ambulatorio per vaginite muco-purulenta, con cistite cronica e per metrorragie ricorrenti da endometrite.

All'esplorazione bimanuale e allo speculum si trova: genitali esterni sani, ma iperemici, caruncole mirtiformi multiple; canale vaginale normale nella conformazione, arrossata la mucosa e bagnata di secrezione muco-purulenta; porzione vaginale del collo ipertrofica con abrasione intorno al muso di tinca. Vi si scorgono due orifizi uno quasi centrale, l'altro molto lateralizzato, rivestiti di mucosa arrossata iperplastica, dai quali vien fuori del muco denso.

Dalla parte intermedia a questi orifizi, dal labbro anteriore del collo, parte un rafe spesso, leggermente tortuoso, il quale si dirige in alto, verso e secondo la direzione dell' uretra. Esso dimostra chiaramente un setto incompletamente riassorbito. L' utero sotto l'osservazione combinata si trova in posizione fisiologica, ingrossato più del normale e leggermente appiattito d'avanti indietro. Non lascia però scorgere alcun solco od avvallamento in corrispondenza del fondo, dagli angoli del quale partono gli annessi, che sono normali. Esplorate le due cavità colle sonde, queste restano separate da un tramezzo, piuttosto sottile, che permette il contatto mediato dei bottoni. Esse entrano a concavità anteriore, misurando cm. 7 1[2 a sinistra e cm. 6 1[2 a destra. Il destro canale sbocca un pochino più in alto dell' altro.

Caso III. — Domenica Favaloro, di anni 20, da Sferracavallo di Palermo, non è stata mai mestruata. A 15 anni cominciò a prendere forme di donna ed a rivestirsi di adipe. Da quell' età con periodo mensile ricorrono delle sofferenze speciali, non localizzate alla sfera genitale, ma sparse per tutto il corpo. Tali sofferenze sono riferibili al sistema dei nervi vaso-motori e al sistema linfatico. Delle volte si arrossa la pelle o si formano delle strisce e delle chiazze rosse in vari punti del corpo, altre volte s' ingorgano le glandule ascellari, cervicali ed inguinali. Spesso si rigonfiano le labbra, il naso e i genitali esterni.

Soffre cefalea, vomiti, dolori al pube ed ai lombi, e tutto questo treno di fenomeni che si prolunga per 4 o 5 giorni, si dilegua dopo senza lasciare disturbi di sorta.

Esame. — È una ragazza molto bene sviluppata nel corpo, con scheletro robusto, rivestito discretamente di parti muscolari e adipose. La faccia ha grande, disegnata da linee poco estetiche, le labbra e il naso sono grossi, ha cicatrici aderenti al collo per adeniti pregresse. Ha mammelle discretamente sviluppate. Genitali esterni ben conformati con pettignone ornato riccamente di peli. L'orifizio vulvare è chiuso da imene impervio, il quale aperto col taglio, lascia vedere dietro una vagina piccolissima, della forma d'un imbuto, ad apice posteriore, che termina a fondo cieco e permette a stento l'entrata dell'indice. Misura in profondità un pollice e mezzo e l'ampiezza di essa decresce gradatamente d'avanti indietro.

L'esplorazione bimanuale fatta con un dito in vagina e una mano sull'addome, infossata profondamente nella pelvi fino a riscontrare il dito, non lascia scoprire alcun oggetto, che si possa rassomigliare all'utero, nè colla esplorazione rettale si riceve alcuna sensazione di corpo duro. Soltanto sulle regioni laterali al sito dei legamenti larghi, scivolano da sotto le dita due corpi della grossezza d'un piccolo fagiolo, che risvegliano l'idea di ovari rudimentari.

Le ricerche più accurate, fatte con scrupolo e pazienza non hanno accertato la presenza dell'utero.

Messo un dito in vagina e l'altro nel retto, e una mano, che imprime dei movimenti in basso sull'addome, fortemente ed a sbalzi, non fa pervenire alcun organo in contatto delle dita. Le osservazioni ripetute durante la ricorrenza mensile dei fenomeni sopranotati, furono anche negative. Io ho voluto anzi in quella epoca fare una punzione saggiativa spingendo l'ago della siringa di Pravaz dal fondo della vagina indietro, per vedere se del liquido mestruo si raccogliesse dietro la vagina, ma non estrassi che del liquido urinoso (1).

La vescica che dietro aveva trovato spazio vuoto, l'aveva invaso per proprio conto.

Quali congetture si possono fare in questo caso? O l'utero è completamente assente, o è rappresentato da un corpo cordiforme, che non cade sotto l'esplorazione, come cadono gli ovari rudimentali.

---

(1) Analisi del liquido: Aspetto limpido, giallo-paglia, reazione acida, p. sp. 1015. Assenza di albume. Fosfati in discreta quantità. Urofeina normale. Pigmenti biliari assenti. Glucosio assente. Contiene cristalli di ossalato di calcio a busta, piccoli, e globuli di sangue.

Venire ad enumerare tutte le anomalie dei genitali, per parlare di poi dei casi in ispecie, sarebbe opera vana o addiritura superflua, come sarebbe causa di equivoci il volere seguire una classificazione piuttosto che un' altra, per le differenze di linguaggio in esse adoperato. È per questa ragione, che io mi sono attenuto alla idea del Sangalli, il quale raccoglie tutti i vizi di conformazione in due grandi classi, anomalie per difetto ed anomalie per eccesso di sviluppo. Secondo questa classificazione ho ascritto i miei tre casi nelle anomalie per difetto. Per provare ciò bisogna però seguire le evoluzioni embriologiche, ed io non solo mostrerò che esse, ad una certa epoca dello sviluppo, non soddisfecero più a tutte le esigenze, ma segnerò anche questa età, coll'aiuto delle epoche o periodi, assegnati dal Fürst allo svolgimento dell' embrione (1).

Per non entrare intanto in sorverchie discussioni, non essendo questo un lavoro di embriologia, parto da un fatto conosciuto, che cioè il foglietto medio del blastoderma, o mesoderma, è la parte incaricata della formazione degli organi genito-urinari.

La *cavità pleuro-peritoneale* come è saputo, presenta, ad una certa età dello sviluppo, un sollevamento, limitato da ciascun lato da una fenditura, che fu detta, *eminenza genitale*, all'esterno della quale si svolge la *plica urogenitale* ed in vicinanza la *eminenza sessuale.*

Spetta dunque all'eminenza genitale il carico della formazione degli organi genitali, e ne fa le spese la *massa cellulare* di Foster e Balfour (2), che viene anche detta *massa protovertebrale*, ed è rivestita *dall' epitelio germinativo di Waldeyer.*

I singoli organi, che ne nascono, sono taluni temporanei, altri definitivi. I corpi di Wolff e i canali di Müller sono temporanei, il rene i canali escretori del rene (ureteri), il testicolo o l'ovaio sono definitivi. Svolgo meglio questa parte.

I corpi di Wolff, organi transitori, compaiono versa la 3.ª e 4.ª settimana e rimangono fino al 2.º mese. Furono incaricati, secondo taluni embriologi della eliminazione dei prodotti di combustione nella vita em-

---

(1) Hart e Barbour. « Manuale di Ginecologia, » pag. 262.

(2) Tarnier. « Accouchement. » Ultima edizione francese, p. 310, tomo I, del 1888.

brionale; fanno cioè la funzione d'un rene primitivo, come dice Rothke, o del rene primordiale di Jacobson.

Nei batraci e nei pesci essi costituiscono il rene permanente, nella specie umana contribuiscono invece alla formazione degli organi genito-urinari.

Sono essi rappresentati da un lungo tubo escretore, parallelo all'asse dell'embrione, in cui si sboccano dei tubi laterali, stretti, lunghi e contorti, che accennano già alla figura rudimentale d'un rene.

Si accompagnano al condotto escretore del corpo di Wolff, due altri canali, il canale del rene definitivo (uretere) e il canale di Müller, e tutti insieme, per un tronco comune, sboccano nella parte svasata dello intestino, cioè in basso, nella cloaca.

Più tardi i canali di Müller si trovano un orifizio di sbocco, indipendente, tra i canali di Wolff e l'uretere, e più tardi ancora, quando si isola il retto e la vescica, i canali di Müller restano collocati nel mezzo, per dar luogo nelle successive evoluzioni ai genitali femminei interni.

Sino a questo punto siamo in una età indifferente per il sesso. Ma dopo, a seconda quale dei due organi, *condotti di Wolff* o *canali di Müller,* prende il sopravvento sull'altro, e a seconda delle trasformazioni, si ha l'origine dei genitali interni maschili o femminei. I corpi di Wolff coi loro canali entrano alla formazione dell'apparecchio genitale interno, distribuendosi la porzione superiore per la parte sessuale e la porzione inferiore per la parte renale (rene ed uretere di Waldeyer). Il canale di Müller viene destinato esclusivamente ed interamente alla formazione dei genitali interni femminei. Esso situato dapprima allo esterno dei corpi di Wolff, si estende dopo parallelamente al condotto escretore dello stesso e si apre superioriormente, presso a poco alla quinta protovertebra, nella cavità pleuro-peritoneale e per l'estremo inferiore nella cloaca intestinale, assieme come ho detto, al condotto escretore di Wolff.

Sappiamo, che questo canale di Müller ha preso origine da un infossamento nello epitelio germinativo di Waldeyer, che a poco a poco si è trasformato in canale e quindi si è isolato per formare un condotto indipendente. Ma ciò non riguarda che la sola porzione superiore, perchè la porzione inferiore, viene diversamente costituita. Si ha in principio la formazione d'un cordone pieno, che si scava in seguito una cavità e si apre un passaggio in mezzo alla massa protovertebrale, per riunirsi

superiormente al canale di Müller descritto, ed inferiormente al canale escretore di Wolff, per sboccare insieme nella cloaca. Come i canali di Müller si isolano dalle altri parti e si rendono indipendenti, l'abbiamo visto più sopra. Seguiamo piuttosto le modificazioni che subiscono per il sesso.

La formazione differente della porzione superiore e della inferiore del canale preannunzia che ciascuna porzione deve avere uno scopo diverso; difatti vediamo nelle evoluzioni successive, che dalla parte superiore nasce la tromba e dalla parte inferiore l'utero e la vagina. Due sono i canali di Müller, simmetricamente disposti ai lati della linea mediana dell'embrione, e due sono in origine gli uteri e le vagine, tutt'affatto indipendenti.

Verso il secondo mese (nei mammiferi) i due canali si addossano e si saldano in basso, costituendo un canale (vagina) tramezzato, o bipartito, e due organi (uteri) cavi, ancora indipendenti, e portanti ciascuno un corno (tromba).

Più tardi la saldatura (fine del secondo mese) si estende in alto e i due organi ne formano uno solo tramezzato, o bipartito in tutta la estensione.

Più in là comincia il riassorbimento del setto dal basso all'alto, come taluni vogliono, sicchè alla vagina e all'utero bipartiti, seguirà la vagina semplice con utero bipartito, e più tardi l'organo normale, utero e vagina semplice.

Questo è per gli organi genitali interni. Per i genitali esterni bisogna ricercare un' origine diversa.

Nella sesta settimana, prima ancora che la cloaca si divida in due cavità (rettale ed uro-genitale), nasce il tubercolo *genitale*, ad esso si aggiungono dopo le pieghe genitali ai lati ed il solco genitale. Al secondo mese siamo ancora in uno stadio indifferente. Poco più tardi il *tubercolo genitale* forma il clitoride, i due bordi del solco genitale, le piccole labbra, le due pliche genitali, le grandi labbra. Il solco indietro dà luogo al rafe perineale, in avanti resta aperto, e dopo (6.° mese) per una nuova ripiegatura si riveste dell'imene.

Senza queste idee di base non avrei potuto darmi ragione sul come e quando si formarono le anomalie da me descritte, nè avrei potuto dire se debbano queste chiamarsi arresti di sviluppo, o con altro nome.

Emerge ora chiaro, che se, mentre un organo è in via di evoluzione, sopravvenga una causa disturbatrice, che agisca sopra tutto o sopra una sezione dello stesso, debba detto organo uscire dall' andamento fisiologico. E se le parti che si devono trasformare o riassorbire, per l'azione di questa causa, restano in quella situazione in cui si trovavano, è chiaro ancora che esse costituiscano un arresto di sviluppo.

Supposto che questo intervento estraneo avvenga sull' inizio, cioè nella primitiva formazione dei canali di Müller, allora mancheranno organi interi (vagina e utero) o se è la sola porzione inferiore del canale che si forma, e questa stessa non si svolge completamente, siamo al 3.º nostro caso; come se si svolge la sola porzione superiore, e la inferiore non risponde, si ha l'assenza della vagina.

Nel 3.º caso, che io ho descritto, si ha un rudimento di vagina, un piccolo imbuto, a fondo cieco, che permette appena l' entrata del dito.

È avvenuto certamente questo, che la porzione renale degli organi di Wolff si è incaricata della formazione degli organi urinari, che ad essa spetta, mentre i canali di Müller non risposero al loro compito o vi adempirono in parte, nella sezione inferiore soltanto; per modo che l'utero è mancante, la vagina è rudimentale, e lo spazio che doveva tenere l'utero tra vescica e retto, è occupato dalla vescica, la quale mancando del sostegno, si è svasata e ripiegata indietro.

I genitali esterni in questo caso li troviamo normalmente sviluppati, perchè li abbiamo visti provenire da un' altra fonte, dal tubercolo genitale, che ha seguito regolarmente il suo cammino, senza incaricarsi degli altri. E devono essere tanto indipendenti questi organi, per quanto, davanti ad un arresto profondo di sviluppo dei canali di Müller e allo sviluppo rudimentale degli ovai, essi non risentirono alcuna azione (1). Come espressione della funzione ovarica ed uterina, abbiamo visto il complesso di quei fenomeni generali o locali, neuro-paralitici e vaso motori: la fermata della evoluzione è stata in quel periodo, in cui gli organi interni si individualizzano, perchè il retto lo vediamo funzionare isolatamente; esso è ben conformato, e si apre al sito fisiolo-

(1) Gli ovai traggono la loro origine da un rigonfiamento situato alla parte interna della eminenza genitale, al lato della splancno-pleura, cioè dalla eminenza sessuale, risultato dello ispessimento graduale del cuscino epiteliale e del mesoblasto adiacente.

gico; la vescica e gli ureteri sono anche normali e funzionano fisiologicamente. Però non posso dire con certezza se la porzione del canale di Müller, che proviene dall'epitelio germinativo di Waldeyer si sia formato ed isolato, oppure mancò anche in questo, perchè io non rintracciai nell'esame clinico alcun cordone o corpo che potesse riferirsi ad utero, o a trombe rudimentali. Per gli altri due casi la spiegazione è molto più facile, e più agevole la comprensione.

Nel 1.° caso dobbiamo rimontare all'epoca in cui i due canali di Müller sono addossati in tutta la loro lunghezza. Allora dovette intervenire la causa disturbatrice, la quale spiegò la sua azione in un punto limitato, impedendo il riassorbimento del setto, che vi rimase integro lasciando che le altre parti si sviluppassero secondo l'ordinario.

La presenza dei due colli in questo caso troverebbe la spiegazione in un fatto possibile, che cioè i due canali di Müller si saldarono in basso e in alto, e rimasero separati nel mezzo, ove, colle trasformazioni successive diedero luogo a due colli separati.

Per il 2.° caso ci dobbiamo trasportare in una età più adulta, giacchè il riassorbimento del tramezzo avviene dal basso all'alto. E se noi non lo troviamo più nella vagina, la quale è semplice o meglio se vi troviamo appena le traccie di esso, e se lo vediamo invece persistere nell'utero, ciò vuol dire, che non ebbe a sua disposizione tutto il tempo per riassorbirsi, ma la causa nociva si presentò più tardi che nel 1.° caso.

Se seguiamo le fasi embrionali nei periodi classici del Fürst, possiamo precisare l'epoca in cui l'anomalia si è affermata.

Nel 1.° periodo del Fürst, che comprende il 1.° ed il 2.° mese lunare, dalla fecondazione all'ottava settimana, i dotti di Müller sono già fusi, e mantengono, nei mammiferi, ancora integro il setto risultante dalla loro unione. In quest'epoca quindi esiste un canale tramezzato da un setto, cioè vagina doppia o septa ed utero doppio o bipartito, con due corni isolati. (Il Dohrn sta per questa idea). Nel 2.° periodo, che si estende dall'ottava settimana alla 12.ª, al 3.° mese lunare, il setto si è riassorbito dando luogo allo sviluppo normale degli organi, ma le porzioni superiori dei canali di Müller rimangono ancora distintamente separate, dando luogo ai due corni dell'utero e alle trombe di Fallopio. È poi nel 3.° periodo, che comprende il 4.° e il 5.° mese lunare, che

scompare l'angolo tra le corna uterine, è nel 4.° periodo, che comprende gli altri cinque mesi, che si modella il fondo dell'utero.

Secondo questa maniera di sviluppo, i tre casi in parola segnarono l'anomalia nei primi periodi del Fürst, cioè il 1.° verso l'8.ª settimana, il 2.° verso la 12.ª, il 3.° dal 1.° al 2.° mese, dopo che i canali di Müller si individualizzano. Riuscirei assai lungo se volessi riferire altre teorie sullo sviluppo dell'embrione e le anomalie, che potrebbero combinarsi a seconda le accidentalità, per cui mi risparmierò della prima e limiterò la seconda alla enumerazione di quei pochi casi, che stanno più vicini ai miei, e che come essi possono dar luogo alle applicazioni ostetriche.

Le varietà più importanti sarebbero l'*utero unicorne* e l'*utero bicorne*, con corni diversamente sviluppati (di Ruge e di Sänger) (1) con persistenza del tramezzo. In esso i due canali di Müller non hanno conseguito lo sviluppo in tutta la loro altezza, ma uno di essi nella porzione superiore si è atrofizzato o poco sviluppato, intanto che nel mezzo e in basso si sono saldati, continuando a modificarsi nella forma esternamente, e conservando il setto internamente. Come si vede sono le forme più complesse, perchè insieme ai corni uterini, isolati e più o meno sviluppati, si può avere vagina ed utero bipartito o vagina ed utero doppio. Al difetto della persistenza del setto si è aggiunto l'altro, di non modellarsi il fondo dell'utero (verso il 5.° mese). Questo fatto, che è fisiologico in taluni mammiferi, è patologico nella specie umana. Queste varietà hanno avuto probabilmente la stessa causa del 1.° e del 2.° caso riferiti, perchè hanno molto in comune.

Volendo dare ai casi da me esposti una denominazione esatta, dovrei dire il 1.° *Uterus septus bilocularis, bicollis con vagina septa* — il 2.° *Uterus septus bilocularis, unicollis con vagina semplice* (2) — il 3.° *Vagina rudimentale con assenza d'utero.*

Trascorrendo la letteratura, i tipi simili al 1.° caso non sono frequenti (3); riescono invece più facili a trovarsi il bicorne, l'unicorne

---

(1) Vedi anche: MANGIAGALLI. « Tre casi di utero unicorne con corno rudimentale. » *Annali di Ostetr. e Ginec.*, maggio 1892, N. 5, che ho letto mentre correggevo le mie bozze di stampa.

(2) TORELLI. « Sopra un caso stranissimo di vagina doppia con due orifizi e due colli d'utero. » *Imparziale*, pag. 625, anno 1882.

(3) Leukart e Thiersch hanno osservato anomalie simili in altre specie di mammiferi.

e il septus con vagina semplice (2.° caso), molto più raro è il 3.°; ma i primi due sono importanti per le applicazioni ostetriche, mentre il 3.° non darà mai luogo ad intervento ostetrico, tutto al più ad intervento ginecologico.

* * *

Passo ora alle applicazioni ostetriche, che da organi siffatti e gestanti possono derivare.

Allorquando malgrado l'anomalia, l'utero prende dimensioni normali, la gravidanza raggiungerà il suo termine senza grandi difficoltà. È sotto altre condizioni che intervengono ostacoli tali, da renderla impossibile, o da adoperarsi come cause distociche.

Mentre nell'utero unicorne nessuna ragione si oppone all'evoluzione della gestazione, nel bicorne, con corno rudimentale pervio od impervio (1), la gravidanza può avvenire tanto nell'uno che nell'altro, però nel corno rudimentario o nel limite tra questo e l'altro, regolarmente sviluppato, per la minore resistenza del tessuto e la poca attitudine a seguire l'ingrandimento del feto, in un dato momento potrà avverarsi la rottura spontanea, come si legge nel caso riferito da Meldenhauerne.

Lo stesso corno rudimentale se non è gestante, può rendersi causa di distocia nel parto, collocandosi nell'entrata del bacino. In questo caso è raro vedere la gravidanza giungere al nono mese, perchè più ordinariamente s'interrompe dal terzo al sesto spontaneamente.

Se il gestante non è il corno rudimentario e questo non comunica coll'altro, come fu constatato alla sezione da Barinski, in un caso diagnosticato dal Müller, allora sorgono i pericoli per la madre.

L'andamento in simili casi è analogo alla gravidanza tubarica e all'extrauterina e finisce colla rottura del sacco (2).

Il diagnostico, come è facile comprendere, offre serie difficoltà, perchè il corno vuoto segue l'ingrandimento del corno pregno.

---

(1) Mangiagalli. Loco citato. *Ann. di Ost. e Ginec.*, maggio 1892.

(2) Depaul e Dance osservarono rottura d'utero durante o dopo il parto.

Aprendo una parentesi, la gravidanza in questi casi bisogna spiegarla colla trasmigrazione dell'elemento spermatico o dell'uovo fecondato dal corno e dall'ovaio normale al corno rudimentale per la via peritoneale (1).

Ove la rottura non avvenga, perchè il corno è capace di seguire il distendimento necessario, si avrà sempre un caso simile alla gravidanza extrauterina con tutte le modalità e le indicazioni della stessa. La gravidanza negli uteri doppi o bipartiti può offrire, come nei bicorni, pericoli ed indicazioni operatorie.

Essa può essere facilmente doppia (Teller) e possono i due feti albergare nel medesimo compartimento o in ciascuno separatamente.

Essi trovano facilmente la spiegazione in una sola fecondazione, perchè i filamenti spermatici, caduti in vagina, migrando in alto possono in unico tempo incontrare due ovuli maturi nei due compartimenti uterini o nei due ovari e fecondarli contemporaneamente, mentre in modo affatto differente deve accadere quando alla divisione interna dell'utero si accompagna la divisione della vagina. Allora bisogna pensare a due fecondazioni separate, avvenute per accoppiamenti, fatti in tempi diversi, e ciò che sarà più difficile e forse impossibile, al viaggio d'un ovulo fecondato da un canale all'altro per la via vaginale.

Nel primo caso, riportato da me, la fecondazione avvenne in un solo lato, ma poteva avvenire in tutti e due, perchè l'accoppiamento si faceva in entrambi i canali, come dimostrano le frange imenali che adornano gli orifizi vulvari.

Ma ciò che desta maggiore interesse in tali vizii si è di sapere, se mentre si svolge la gravidanza in un lato, possa iniziarsene un'altra all'altro lato.

È stato osservato durante il corso della gestazione in una loggia, lo scolo mestruale nell'altra; non sarebbe fuor di luogo quindi, essendo l'ovaio funzionante, di avvenire un secondo concepimento (2).

Mayrohfer crede, che la possibilità della fecondazione può continuare ad esistere, ma le modificazioni della mucosa obbligherebbero l'ovulo a perire.

---

(1) Lavori di Bruzzi. *Annali di Ostetricia*, t. VI, p. 623, 1884.

(2) Casi riferiti da Furst e da Schultze, Paris. Tarnier, loco citato.

I lavori di Cuzzi, Bertè, Fasola, avvalorati da ricerche sopra ovaia di donne, morte gestanti, concludono per il fatto, che durante la gravidanza le ovaia non avrebbero più la facoltà di produrre ovuli maturi, adatti alla fecondazione.

Si opporrebbe a questa conclusione il Baiardi (1) e parecchi esempi già esistenti nella letteratura, di feti espulsi in epoche di mesi differenti (2).

Questi fatti, se non infirmano la superfetazione, la quale è sempre possibile, secondo Playfair, verso l'ottava settimana, prima del saldamento della caduca riflessa alla vera, o verso il 4.º mese, secondo Tarnier e Chantreuil (3), spiegano come essa possa esser confusa con casi di simil genere (4).

Il Kussmaul oppugnerebbe la superfetazione, adducendo una ragione, che non è accettata da Mayrohfer, ed invero sarebbe molto fantastica, perchè non troverebbe l'appoggio nell'ordine naturale delle cose. Il pensare che uno dei feti si maturi prima dell'altro e venga fuori in un tempo anteriore all'altro, è una idea ipotetica non ancora dimostrata e forse non dimostrabile.

Si è voluto anche ai vizi di conformazione attribuire una certa influenza sulle presentazioni e posizioni del feto, e credo che si possa questo mettere in rapporto alla diminuita capacità dello spazio (5).

Certamente il feto in via di sviluppo, non trovando un ambiente, che lo secondi adeguatamente allo ingrandimento delle sue parti, per adattarsi ad uno spazio più ristretto, deve prendere posizioni obbligate. La stessa causa può influire sulla conformazione dello embrione, determinando delle deformità più o meno accentuate.

Lo Schatz ha constatato 10 presentazioni del tronco sopra 23 casi d'utero bicorne; Tauffer osservò 2 presentazioni pelviche sopra 3 vizi.

---

(1) *Annali di Ostetr. e Ginec.*, 1885-86.

(2) Furst e Schultz. TARNIER, loco citato.

(3) Siacticharra riferisce un caso di una femmina, avente due uteri e due vagine, la quale abortì un embrione ad un mese da una parte, ed uno a 3 mesi dall'altra, con intervallo di pochi giorni.

(4) « Traité d'accouchements. » T. 1, p. 546, 1882.

(5) DOLÉRIS. « Superfecondation et superfetation. » CHARPENTIER. T. I, p. 301-18. *Barker-Union médicale*, N. 40, 1856.

Il Müller si dichiara contrario all' influenza del vizio sulla presentazione, ed io non discuterò le varie opinioni, per non andare alle lunghe; ma mi pare troppo naturale, che in un ambiente ristretto si è obbligati prendere una posizione diversa di quella che occuperemmo, se maggiore spazio ci si offrisse.

Maggiore importanza merita l' impianto vizioso, che prende la placenta per la conformazione speciale dell'utero.

Essa si attacca o sul tramezzo o in una loggia, che non è quella ove è contenuto il feto.

La rottura del tramezzo durante il travaglio, lo scollamento prematuro della seconda, la difficoltà di venire fuori spontaneamente o di essere estratta, sono i pericoli che le appartengono.

Ma essi non sono soli, perchè le presentazioni e posizioni anormali, richiedono un intervento che non sempre è possibile, o per lo meno non sempre facile, per l'angustia del luogo, a causa della persistenza del setto, che non ha ceduto o non si è lacerato durante il travaglio. Le lacerazioni, le emorragie, la morte della donna sono la conseguenza più ordinaria.

In una statistica del Grinen sopra 15 casi di mal formazioni uterine, raccolti nella maternità di Saint Petersburg, sono notati 6 interventi con forcipe, il rimanente estrazioni per le natiche e craniotomie.

L'aborto, quando si presenta spontaneo, lo che è facile, si può ascrivere a fortuna, perchè evita pericoli maggiori.

I danni, a cui espongono questi vizi e la madre e il feto, suggeriscono l'obbligo dell' osservazione attenta della gestante, la quale sventuratamente è affidata alla sola levatrice, perchè la diagnosi fatta in tempo, offre l'agio d' intervenire opportunamente e di evitare dei danni sicuri. Il trattamento preventivo al momento del parto, cioè il taglio del tramezzo proposto ed eseguito dal Ruge, è certamente da prendere in considerazione, perchè permette il parto spontaneo; ma è raro il caso in cui l'ostetrico sorprende a tempo la diagnosi.

Chiamato ordinariamente nel momento del parto, non trova più le condizioni opportune per riconoscere se e dove esiste un ostacolo, riferentesi ai vizi di cui si è parlato, nè può sperare la benchè minima luce dalla levatrice, che ha seguito la gravidanza, perchè poco adatta ad osservazioni delicate e difficili. Eppure esistono dei segni, che durante la

gestazione e il parto, possono mettere sull'attenti, ed io voglio rammentarli nei vizi più comuni, a vantaggio dei pratici.

Il Tarnier dice che nel caso di vagina semplice con utero unicollo e bicorne, durante il travaglio del parto, il corno gravido, il quale è sempre più voluminoso, prende la forma d'un fuso, intanto che l'altro viene a far salienza presso il distretto superiore, ove diventa accessibile alla palpazione, come un tumore, da cui si differenzia per un cordone fibroso (legamento rotondo) che da esso si diparte. Ove i due corni dell'utero sono completamente liberi e separati, ed entrambi gravidi, durante il travaglio, si sentono contrarre separatamente sotto le mani, e le due masse restano isolate.

Nell'utero bipartito e doppio, di forma più o meno globosa, la diagnosi viene resa più difficile, perchè il tramezzo, che esiste nel solo corpo, non è facilmente constatabile; solamente l'esplorazione digitale o strumentale può far la luce.

Nell'utero bipartito, bicollo, l'esplorazione bimanuale è sufficiente a dimostrarlo, come l'utero bipartito unicollo, con due orifizi, può essere scoperto dalla esplorazione digitale o allo speculum.

Durante il travaglio del parto la gravidanza semplice può nascondere il vizio, perchè il feto in discesa comprime il setto e lo distende; ma se il setto resiste e la metà vuota dell'utero si contrae diversamente della metà piena, si ha un criterio diagnostico più che prezioso.

Nella gravidanza doppia è la contrazione isolata di ciascuna metà dell'utero, che ce ne dà subito l'avviso.

Ma questi segni sono sempre così chiari ed evidenti da non lasciare dei dubbi nella mente dell'osservatore? Io credo che le difficoltà sono superiori all'aspettativa e quindi l'importanza di rendere noti i vizi di conformazione, ogni volta che cadono sotto l'osservazione.

La gravità del prognostico richiede delle indicazioni radicali e pronte.

Ove si riconosca il setto e l'intervento è possibile, bisogna incidere questo e lasciare completare il parto spontaneamente, o completarlo con atto operativo.

Però, malgrado il diagnostico sicuro, spesso il vizio è di tale natura che l'ostetrico deve cedere il posto al ginecologo e numerosi sono ormai i casi di intervento laparotomico in casi di utero bicorne con corno rudimentale (veggasi il lavoro recente del prof. Mangiagalli).

Non è assolutamente necessario riconoscere prima la natura del vizio, per dichiarare l'intervento; basta ai giorni d'oggi trovare l'indicazione laparotomica, per andare a ricercare ciò che non possiamo con altri dati sapere e con altri mezzi ottemperare. Non ho accennato che a volo questioni, che meritano lunghe discussioni, e che io ho accennate per l'illustrazione della casuistica, e per ricavare dei criteri generali, adatti a mettere in avviso l'osservatore, che saprà all'uopo avvalersi nelle applicazioni pratiche. La cura nei tre casi che io riporto non fu fatta perchè le inferme si rifiutarono all'operazione. Ma era necessario incidere il setto sopravvissuto nei due primi casi, e sottoporre alla castrazione il 3.°, nella speranza di togliere tutti quei disturbi d'ordine generale e locale.

TRADUZIONI

La tecnica della fissazione in vagina del moncone nella isterectomia addominale

Nota del Dott. ENRICO P. BYFORD, Prof. di ginecologia a Chicago.

(Estratto dagli *Atti della Società Ginecologica Americana,* settembre 1891).

Traduzione del Prof. D. Chiara, Socio corrispondente della Società Ginecologica di Chicago.

Incoraggiato dai buoni successi ottenuti (1 morta su 20 casi) dal metodo di fissare, nella isterectomia addominale, il peduncolo in vagina, ho creduto cosa utile tornare una seconda volta sull'argomento. Tutti i nuovi metodi chirurgici soffrono alquanto nella loro applicazione dal difetto di esperienza negli operatori; nell'anno testè decorso feci acquisto ancora di qualche po' di esperienza intorno al citato metodo, e desidero che ne possa trarre profitto chiunque desideri metterlo in azione. Primieramente per ciò che si riferisce a' tre punti sui quali si aggirava la mia comunicazione dell'anno decorso, vale a dire la legatura e il taglio dei legamenti larghi, la separazione della vescica dall'utero, e l'apposizione di una legatura elastica tenuta fissa da spilli peduncolati, ho nulla da aggiungere, fatta eccezione di questo che ordinariamente incomincio dal separare per circa un pollice il peritoneo al disopra de' suoi attacchi con la vescica.

Quanto alla legatura de' monconi in tre parti, qualche volta lo faccio, altre volte mi limito a legare l'altro terzo o quarto se contiene grossi vasi, e faccio dei margini restanti una sutura profonda tanto da funzionare come valido agente emostatico. Questo ultimo procedimento riesce talvolta notabilmente facile e lesto ne' peduncoli che sono fitti e punto vascolari.

I capi delle legature vengono lasciati, come ho già descritto, di una lunghezza di circa 6 pollici: non ho veduto finora che convenga trascurare una valida legatura de' monconi, affidandosi intieramente al clamp.

La legatura elastica viene rimossa, e la vagina perforata da tenagliette emostatiche fatte passare in basso tra il pollice e la cervice uterina, mentre il moncone viene sostenuto nella palma della mano sinistra, manovra questa veramente

assai facile. Allargo in seguito la fessura vaginale con un paia di forbici taglienti ai lati, un paio corte con taglio diagonale, e con una più lunga in avanti sulla linea mediana sotto la vescica dapprima separata leggermente. Il taglio mediano longitudinale dà meno sangue che uno laterale della istessa lunghezza. I margini tagliati delle pareti vaginali sono tenute ben sollevati dalle mie tenagliette (forceps) di guisa che non vi ha pericolo alcuno di ferire la vescica, nè di perdere di vista qualche grossa arteria vaginale che possa essere stata lesa. Fatto tutto ciò, il moncone viene girato in avanti spinto in vagina, ed i lunghi capi delle legature sono affidati a un assistente che li mantiene fuori della vulva tenendoli ben fermi. In questi ultimi tempi poi non colloco più immediatamente il clamp; questo rimane l'ultimo atto, modificazione suggeritami dal dott. Merriman di Chicago; ne risultano due vantaggi e cioè 1.° che la cavità peritoneale viene chiusa prima ch'io abbia le mani insudiciate dalle manipolazioni vaginali, e 2.° che la sutura del peritoneo sopra il moncone può essere fatta più vicino alla sua superficie che non quando viene trattenuto giù basso e rigidamente dal clamp.

Compiuta questa bisogna immetto le dita della mano sinistra contro il fornice posteriore e spingo la cervice uterina il più alto possibile contro la falda peritoneale, e faccio la sutura della cervice uterina.

Siccome quest' insieme di atti possono presentare qualche difficoltà nelle donne grasse, così credo bene fare in modo particolareggiato la esposizione dei varî stadi. Con un ago-forcipe corto, robusto, e armato di catgut fino afferro e pungo il peritoneo vescicale vicino alla sinistra del peduncolo, poi il peritoneo della faccia posteriore della cervice, ingiungendo al mio assistente di fare un nodo che spinga il peritoneo vescicale allo indietro sopra il moncone, mentre io mantengo la mia mano sinistra in posto sotto il peduncolo, tenendo così le intestina fuori del campo operativo.

Ciò fatto, pungo un'altra volta con il mio ago il peritoneo vescicale e quello cervicale facendo una non interrotta sutura fino all'altra parte del moncone. Il catgut viene fortemente tirato ed i suoi capi sono annodati prima ch' io rimova la mia mano sinistra lasciando libere le intestina.

È sorprendente quanto piccola è la ferita che rimane. Quando la pelvi è molto profonda innalzo i piedi dal tavolo di guisa che il campo sia meglio illuminato, ed abbia maggior facilità di tener lontano il contenuto addominale.

L'atto del mantenere la mano sinistra dell'operatore fortemente in posto durante la sutura è molto importante, avvegnachè la mano di un assistente ingombra maggiormente in una pelvi profonda, ed irrita e maneggia le intestina più di quello che le mantenga fuori del campo operativo. Se rimane qualche poco di scolo sanguigno una sutura con il catgut ne ha tosto ragione; da questo momento la cavità peritoneale si può comunemente chiudere senza porre un *drain.*

Fatto ciò, la operanda è posta nella posizione della litotomia, la vagina allargata coi dilatatori, ed il clamp fatto scorrere sopra il peduncolo ed i fili delle legature; lo scolo sanguigno della faccia anteriore della cervice viene arrestato con una debole soluzione di Monsel, e la vagina riempita abbondantemente con garza che deve rimanere in sede per 3 giorni. Al principio del 4.° dì la vagina viene gentilmente irrigata con grande getto di acqua calda, e dopo due volte al giorno con soluzione fenica all' 1 0[0.

Le modificazloni seguenti, delle quali non ho ancora fatto cenno, mi vennero suggerite da certi casi speciali. Quando nella pelvi rimane una superficie considerevole lacerata e a brandelli dopo la enucleazione di fibroidi sotto-peritoneali, la cavità peritoneale viene chiusa col suturare tra loro i brandelli, e questi con le legature dei legamenti larghi i cui fili, lasciati lunghi vengono spinti in vagina. Dopo una striscia di garza jodoformica è spinta in su a destra e a sinistra della vagina, e lungo le legature pendenti per modo che operi da *drain* per lo scolo proveniente dal connettivo sotto-peritoneale; la garza vuol esser tolta dal 3.° al 4.° giorno, e le legature tirate via. Quando è molta disorganizzazione di tessuti sul fondo pelvico, i monconi dei legamenti larghi sono soggetti alla infezione, ma l'infezione è poco pericolosa e causa di poco disturbo quando le legature vennero lasciate lunghe; nè questa infezione, in vero, è da temersi anche quando le legature sono tagliate corte, poichè servono sempre come da *drain* verso la cavità vaginale. A mo' di parentesi amo far qui allusione a certi pericoli dell'operazione, che non sono comunemente accennati, e che suggeriscono certe misure di precauzione non prive d'importanza.

Forse la maggior causa di disturbi nella isterectomia addominale viene dai maneggi sulle intestina. La paralisi di queste, la loro ostruzione, la forte distensione dell'addome, la peritonite?! e la peritonite settica ecc., sono accidenti dovuti spesso ai maneggi sulle intestina che si possono evitare; non pochi casi, evitabili, di morte provengono da ciò; il solo caso di morte della mia serie gli è dovuto.

Il metodo a cui ordinariamente ricorro per evitare tutto ciò consiste nel porre sopra gl'intestini una spugna piatta, e fissare con pinzette emostatiche (Pean?) i capi della incisione del peritoneo ai punti corrispondenti della spugna d'ambo i lati; ciò lascia la ferita largamente aperta ai lati, ma tiene la cavità addominale come chiusa in basso sopra la cervice uterina. Nel cucire assieme i brandelli peritoneali al fondo della pelvi la sutura col catgut dev'essere molto superficiale, in guisa da non lasciare che i punti dian sangue, o il più alto o lontano possibile dal tratto mortificabile del moncone. Essi devono pure comprendere le legature dei legamenti larghi nella regione del peduncolo, e frenare qualsiasi scolo sanguigno. Le arterie vaginali ferite devono essere legate con seta o catgut. Nei casi ordinari le striscie di garza poste sopra il peduncolo nello spazio retro-vescicale si devono togliere 36

ore dopo, acciocchè i tessuti possano collabire una volta cessato qualunque scolo di sangue. La garza invece ch'è messa sotto al peduncolo può lasciarsi da 3 a 4 giorni; non si deve poi permettere che la vescica si distenda per i primi due o tre giorni. Venendo allo scopo di confrontare i vari metodi, noi possiamo dividerli in 3 varietà, vale a dire l'intra o sottoperitoneale, l'extraperitoneale, e la estirpazione totale (1).

La obbiezione che può dirsi fatale contro la varietà sotto-peritoneale sta nel carattere del moncone. Desso è sovente troppo grande perchè il peritoneo possa ricoprirlo con sicurezza, se invece viene ridotto di volume, od è naturalmente piccolo, la sua elasticità è tale che può permettergli di retrarsi ancora e così dare adito all'emorragia secondaria; oppure può venire stretto tanto fortemente da far sorgere gangrena e ristagno.

Queste obbiezioni vennero dalla pratica dimostrate così vere che anche nelle mani di Schroeder e di Martin la operazione si dimostrò lunga, difficile, pericolosa e poco fortunata, per cui anche i migliori chirurghi vanno abbandonandola (2). La estirpazione completa sarebbe il metodo ideale se lo scopo giustificasse i mezzi! La operazione è indubbiamente lunga, e le intestina vengono pericolosamente maneggiate ed esposte nell'intento di esportare la cervice uterina sana che può rendersi inoffensiva con mezzi assai meno pericolosi!

La riputazione di A. Martin di Berlino è troppo solidamente stabilita perchè io non possa liberamente criticare una operazione da lui fatta, e senza biasimare l'abilità sua come operatore. Egli operò in codesta guisa il maggior numero di volte, cioè 30 ed ebbe 8 morte, cioè una mortalità di 26 1[2 0[0. Di queste tre sono dovute all'anemia, 2 alla paralisi intestinale, ed una all'emorragia; sono queste precisamente le cause di morte nelle operazioni lunghe e difficili (*E la setticemia non conta?*) Una mortalità sì alta nelle mani di così abile maestro non è fatta per incoraggire i meno esperti a mettersi per siffatta via.

Circa il metodo extra-peritoneale sta di fatti che la fissazione ventrale del peduncolo può essere fatta facilmente; ma il suo carattere *contro-natura* ed i suoi effetti postumi sono tali che Keith medesimo, il quale conta con esso metodo i più numerosi felici successi, va ritirandosene. Lo stiramento che soffre la cervice uterina, il noioso ristagno e la necrosi consecutiva, e la frequenza dell'ernia

---

(1) Tutto questo è noto e notissimo ai ginecologi europei, ed anche il mezzo proposto per evitare i lamentati disturbi non è per noi una novità.

E l'affondamento del peduncolo previa la legatura elastica perchè non comprenderlo nella critica in settembre 1891? *Nota del Traduttore.*

(2) Questa critica a questo metodo venne fatta tal quale in tutto il mondo assai prima del 1891.

Nota del Traduttore.

post operativa (1) hanno spinto altri come me stesso, a cercare un metodo meno barbaro, pur facendo plauso alla sua lieve mortalità.

La fissazione in vagina sembrò a me che possegga la maggior quantità di vantaggi e la minore d'inconvenienti di qualunque altro metodo. (*E l'affondamento previa legatura elastica?*) Esso si mostrò il più innocente, avendomi dato nelle mie mani 1 morta su 20, ossia 5 0[0 (e dopo questo scritto 1 su 22, cioè 4 1[2 0[0). Esso è pronto nella sua esecuzione quanto la varietà intraperitoneale, più breve che la estipazione completa, e approssimativamente tanto lesto quanto la fissazione ventrale. Esso domanda breve esposizione delle intestina, e lascia il moncone e la cervice in una posizione naturale, intieramente al disotto e fuori della cavità peritoneale. Esso lascia nella cavità del peritoneo esposti dei tratti feriti assai più limitati che con altri metodi, ed ha come la estirpazione completa una specie di valvola di scolo nella sutura col catgut al fondo della pelvi, ed infine lascia la cervice e la vagina intatte.

Le fessure vescicali si possono medicare al disotto del peritoneo senza pericolo per la operata; risponde insomma vittoriosamente ad ogni obbiezione. Anche il moncone necrotizzandosi trovasi fuori dai tessuti lesi, andando così incontro a ogni obbiezione che ne potrebbe sorgere.

Obbiezione seria non può essere quella della mortificazione del peduncolo finchè non si escogiti un metodo che prevenga la emorragia senza mortificazione o ulcerazione. Anche nella estirpazione completa s'ha 1 morta su 30 per emorragia, ed io suppongo che ove si voglia prevenire la emorragia si debba stringere talvolta con tanta forza che ne consegue talvolta ulcerazione o sfacelo delle legature pericervicali (2).

16 aprile 1892.

---

(1) Su questo punto facciamo le nostre più ampie riserve; vedemmo l'ernia post-operativa con tutti i metodi, nè l'ottimo scritto del dott. Fasola rischiarò l'argomento in modo soddisfacente; se il tempo e altre circostanze lo permetteranno conto di tornare su questo argomento. *Nota del Traduttore.*

(2) Ci riserviamo di tornare presto sull' argomento facendo e la critica del metodo, e quella delle lacune nella critica dell'autore.

Prego i lettori di non esclamare questa volta *traduttore traditore,* assicurandoli che non abbiamo tralasciato cura per dare allo scritto italiano quella fluidezza e chiarezza che nell'originale fa difetto.

D. Chiara.

RASSEGNA

Luigi Acconci. — **Sulla contrazione e sull'inerzia dell'utero.** Studii sperimentali e clinici. — Dal *Giornale della R. Accademia* di Torino N. 7, 8, 1891.

Il lavoro è diviso in quattro parti. Nella prima l'A. studia la contrazione uterina fisiologica basandosi su ricerche sperimentali eseguite sugli animali e sulla donna, nella seconda si comprende lo studio dell'inerzia uterina fondato su ricerche cliniche, nella terza sono esposti gli sperimenti fatti sull'azione dei mezzi terapeutici più usati contro questa specie di distocia. Inviando gli studiosi a consultare la memoria, riporto la quarta parte nella quale l'A. riepiloga le principali deduzioni che emergono dagli studi sperimentali e clinici.

1.° Dalle esperienze sugli animali apparisce come le contrazioni uterine sieno regolate da centri nervosi risiedenti nel sistema cerebro-spinale, e come quando l'utero sia sottratto all'influenza di questi centri, le contrazioni si manifestino in una forma irregolare e disordinata;

2.° Dalle esperienze sulla donna risulta come anche l'utero vuoto sia capace di contrarsi ma in una maniera irregolare. Nell'utero partoriente invece le curve delle contrazioni fisiologiche presentano un profilo costante in tutti gli stadi del parto.

Questo profilo è caratterizzato dalla differenza che passa fra la linea di salita e la linea di discesa; da questa differenza risulta come il tempo, che impiega l'utero a contrarsi è minore di quello che gli occorre per rilasciarsi. L'altezza e la larghezza delle contrazioni, sono per contro molto variabili in ragione della grande variabilità della durata e della intensità delle contrazioni uterine; anche i periodi di riposo si presentano di varia lunghezza;

3.° La durata del travaglio desunta da un grande numero di parti differisce secondo che si calcola colle medie o colle normali. La durata del parto calcolata con questo ultimo metodo è assai minore di quella risultante colle medie;

4.° L'inerzia dell'utero si osserva nella proporzione del 6. 8 0[0;

5.° Nell'eziologia dell'inerzia presentano una speciale importanza l'età, il grado di maternità, la statura, le condizioni generali e lo stato di salute, la data

della prima mestruazione, la durata della gravidanza, la conformazione della pelvi, la gemellarità, l'idramnios, la presentazione e la posizione del feto;

6.° L'inerzia si può manifestare partitamente nei varii periodi del parto oppure può accompagnare il travaglio in tutta la sua durata. Rispetto alle forme cliniche con cui si presenta, si può dividerla nel modo seguente: 1.° inerzia caratterizzata da contrazioni deboli e rare; 2.° da contrazioni inefficaci; 3.° accompagnata da stato irritativo semplice dell'utero; 4.° da stato irritativo spasmodico.

7.° La terapia desunta dalle osservazioni cliniche e dalle prove sperimentali può compendiarsi nelle seguenti norme:

a) anzitutto soddisfare all'indicazione causale, come ad esempio, rottura delle membrane nel caso d'idramnios ecc.;

b) nel primo periodo del travaglio, essendo le contrazioni deboli e rare, le membrane intere, normali le condizioni del collo è indicata l'aspettazione per un certo tempo. Quando sia necessario l'intervento sono da raccomandarsi la sonda elastica, le irrigazioni vaginali calde, il bagno generale caldo, le applicazioni calde sul ventre, il sacchetto del Barnes quando il collo ne permetta l'introduzione e la rottura delle membrane, quando la bocca uterina è sufficientemente dilatata e presenta i margini cedevoli;

c) quando l'inerzia è complicata da rigidità del collo il mezzo migliore si è la doccia vaginale a 45.° a piccolo getto e prolungata per 10-15 minuti, da ripetersi occorrendo anche più volte; la dilatazione digitale deve essere eseguita colla massima cautela; in alcuni casi speciali si ricorra alla isterostomatomia;

d) nei casi di rottura precoce delle membrane determinanti una difficoltà alla dilatazione del collo, oltre alla doccia calda, riesce utile il sacchetto di Barnes purchè si abbia l'avvertenza di fissare sull'ingresso pelvico la presentazione mediante la fasciatura eutocica;

e) nell'inerzia con stato irritativo semplice il cloralio è il rimedio sovrano alla dose di 80 centig. da ripetersi correndo 1-2 volte; nello stato irritativo accompagnato da spasmo oltre il cloralio son efficaci il bagno generale tiepido ed il cloroformio à la reine. Gli oppiati in generale sono di effetti meno sicuro; però a detta degli autori, può riuscire utile la morfina coll'atropina che è specialmente indicata nei casi di tetania dell'utero;

f) nel secondo periodo del travaglio essendo le contrazioni deboli e rare, oltre agli eccitanti per bocca, riescono utili la fasciatura addominale, le applicazioni calde, il massaggio, l'espressione, l'elettricità; la cocaina quando esistono fenomeni di stanchezza; la segale e l'ergotina possono riuscire vantaggiose perchè rendono più gagliarde e più frequenti le contrazioni. Se questi mezzi non sono sufficienti è indicato senza troppo temporeggiare l'intervento operativo;

g) nei casi di contrazioni inefficaci all'intervento operativo si deve ricorrere con sollecitudine nell'interesse della madre e del feto;

h) nell'inerzia con stato irritativo valgono anche in questo periodo del parto quei rimedi già indicati nel primo periodo;

i) la chinina quantunque sia eccitante delle contrazioni uterine è tuttavia d'azione troppo debole perchè il suo uso possa riuscire efficace nel parto; altrettanto può dirsi della radice di gossipio. La pilocarpina, che ha un'azione più efficace, presenta ciò nullameno tali pericoli da non poterne diffondere l'uso; la tintura di gelsomino e l'idrastinina risultarono inattive sulle contrazioni uterine; il freddo è di azione incerta ed il suo uso è pericoloso;

l) all'anestesia incompleta si può ricorrere utilmente nei parti normali col cloralio o meglio ancora col cloroformio à la reine. Questi rimedi non diminuiscono l'efficacia delle contrazioni uterine e mitigano il dolore. L'ipnotismo, quantunque non alteri le contrazioni, come anestetico è insufficiente senza la suggestione;

m) la narcosi cloroformica completa deve usarsi nelle operazioni ostetriche, presentando le partorienti una specie di immunità verso il cloroformio; la soppressione quasi completa, che esso produce, dell'azione dei muscoli addominali viene compensata dalla maggior energia delle contrazioni uterine.

Dott. F. Villa.

Prof. Leopold und Doct. Goldberg. — **Ueber die Entbehrlichkeit der Scheiden-Auspülungen und Auswaschungen bei regelmässigen Geburten und über die grösstmögliche Verwertung der äusseren Untersuchung in der Geburtshülfe** (*Della inutilità delle irrigazioni e delle lavature vaginali nei parti normali, e della grandissima importanza della palpazione ostetrica*). — *Arch. für Gyn.*, Bd., XL., Heft. 3, 1891.

Ecco le conclusioni di questo importante lavoro statistico:

Attenta limitazione della esplorazione interna e grande importanza da concedersi alla palpazione; rigorosa antisepsi subbiettiva; completa rimozione di ogni cosa men che pulita dai genitali esterni durante tutta la durata del parto e del puerperio; accuratissima pulizia e disinfezione dei genitali esterni e dei loro contorni prima d'ogni esplorazione.

Le lavature disinfettanti della vagina sono in casi normali piuttosto dannose che utili e debbono venir praticate sopratutto quando per qualche circostanza ebbe luogo, almeno verosimilmente, una infezione.

Dott. R. Polacco.

Gregor Kaluston. — **Ein Fall von primärem Scheiden sarkome** (*Un caso di sarcoma primitivo della vagina*). — *Arch. f. Gyn.*, Bd. XL, Heft. III, 1891.

Per quanto raramente la vagina sia sede di neo formazioni primitive, la letteratura che le riguarda non è certamente meno importante. Si osservi che i casi che furono resi noti fino ad oggi appartengono quasi esclusivamente a fanciulle, e furono osservati nei primi anni di vita. Perciò il caso che l'autore rende noto diviene per molti motivi importante. Si tratta di una contadina di 27 anni la quale, affetta da tumore della vagina, ricoverò nell' Ospedale, non fu operata e vi morì. Per questo l'osservazione, l'esame anatomo-patologico e la osservazione istologica poterono essere completissime, e potè precisamente giudicarsi che si trattava di un sarcoma teleangectoide, o di un tumore angiomatoso emorragico.

Dott. R. Polacco.

E. Bumm. — **Histologische Untersuchungen über die puerperale Endometritis** (*Ricerche istologiche sulla endometrite puerperale*). — *Arch. f. Gyn.*, Bd. XL, Heft. 3, 1891.

Le idee che servirono di base all'A. nelle sue ricerche sono le seguenti: « Il punto più importante di tutta la nostra terapia locale nella febbre puerperale consiste nella cura dell'endometrio e questa alla sua volta nella ricerca dell'innesto e della penetrazione dei germi nell'endometrio stesso. Quanto più esatte sono queste ricerche, tanto più seguite da esito sarà anche la nostra cura. » Espone poi i risultati delle proprie ricerche microscopiche nella endometrite putrida, nella endometrite settica localizzata e nella endometrite settica con infezione generale consecutiva.

Dott. R. Polacco.

NOTIZIE

I.° Congresso Nazionale delle Levatrici.

Nel giorno 21 maggio in un'aula del Nuovo Museo Civico di Milano fu inaugurato il 1.° Congresso nazionale delle Levatrici, presenti le rappresentanze del Governo e del Municipio.

Il Congresso era stato indetto nel numero 22 del novembre 1891 dal *Giornale per le Levatrici,* edito dalla Guardia Ostetrica di Milano, in seguito a lettere e proposte delle signore levatrici A. Croci, M. Fietta e A. Morandi.

Le adesioni furono assai numerose, e sia col mezzo di circolari emanate direttamente dal Cominato Ordinatore, sia col mezzo di società e giornali, sia col mezzo di speciali sotto-comitati. Nelle varie provincie si raccolsero 2150 firme. Il Comitato ordinatore eletto nell'assemblea generale di Levatrici tenutasi in Milano il giorno 28 gennaio p. p. esaminò le varie proposte mandate dalle levatrici, e tenuta nota delle più importanti, compilò il programma del Congresso. Il giorno 20 si tenne una seduta preparatoria fra i rappresentanti, per prendere gli ultimi accordi sul Congresso, stabilire l'elenco delle rappresentanze stesse ed il numero dei voti che portavano al Congresso. Risultarono le rappresentanze essere in numero di 15 con più di 2000 voti.

Nella seduta del 21 il presidente del Comitato ordinatore dott. Caravaggi inaugura il Congresso ringraziando chi volle aiutarlo nei lavori di preparazione, augura che il Congresso porti buoni frutti, e termina mandando un saluto alle assenti.

Parlano poi i rappresentanti della Provincia (dott. Raviciui) e del Municipio (avv. Della Porta) facendo voti per la riuscita del Congresso e salutando le Congressiste.

Si passa quindi alla nomina del Comitato direttore del Congresso, e dietro proposta della signora Toni di Tortona e del prof. Bossi di Genova, l'assemblea per acclamazione riconferma in carica il Comitato ordinatore. Il Comitato definitivo resta pertanto così costituito: presidente dott. Antonio Caravaggi, vice presidente lev. Annetta Croci, segretario dott. Attilio Ferri, vice segretario lev. Camilla Terrani, signore levatrici Agostoni Giuseppina, Branchi Alceste, Fietta Maria, Pionna Olivia, Volontè Maddalena.

Si passa al numero 3 del programma: *Discussione intorno alla necessità di una federazione nazionale delle Levatrici,* proposta della Società Subalpina delle Levatrici di Torino e della signora Toni Tavella di Tortona. La signora Anderis preside della Società Subalpina legge una bellissima relazione sull'argomento: la discussione è assai breve, e tosto la federazione è accettata ad unanimità. I vari rappresentanti, in una seduta speciale, formuleranno uno schema di statuto che sarà discusso e votato nell'ultima seduta. Il presidente dà la parola alla signora Toni di Tortona relatrice del secondo argomento.

Provvedimento contro l'esercizio abusivo dell'Ostetricia, proposta della relatrice. La discussione abbastanza animata termina colla unanime approvazione di un

ordine del giorno col quale si fanno voti perchè siano meglio osservate le leggi già esistenti, e cessi la concessione fatta alle levatrici empiriche di dare esami ed ottenere il diploma dopo pochi giorni di studio in una scuola.

Nella seduta pomeridiana del 21 la signora Duffatelli di Cremona dà lettura della relazione sull'argomento: *Necessità di una maggior cultura della levatrice*, propugnando la necessità che le levatrici prima di essere ammessa al corso d'ostetricia abbiano almeno superato gli esami del quinto corso elementare. Altre levatrici aggiungono nuove proposte e dopo brillante discussione, si vota unanime il seguente ordine del giorno:

« Il Congresso, persuaso che l'attuale grado di cultura per le allieve levatrici non è sufficiente, fa voto perchè l'esame di ammissione al Corso Ostetrico sia fatto secondo il programma della quinta elementare; sia aggiunto un corso di perfezionamento agli attuali due corsi d' Ostetricia, e siano ammesse allo studio ostetrico le concorrenti solo dai 20 ai 30 anni. »

Dietro invito del prof. D. Cristoforis si raggruppano quindi le seguenti proposte della signora Morandi Angela: *La posizione della levatrice pareggiata a quella del Medico Condotto. — Il minimum degli stipendi municipali alle levatrici condotte. — Trattamento di pensione. — Rapporti fra municipio e levatrici riguardo alla supplenza ai casi di malattia, alla vacanza ed alla somministrazione degli antisettici.*

Prendono la parola su questo argomento varie levatrici, e si conchiude con incaricare il Comitato centrale della Federaz. di portare al prossimo Congresso uno schema di capitolato per i rapporti fra levatrici e comuni e di far sorgere a fianco della federazione una cassa di previdenza ed una cassa pensione per le levatrici.

Nella seduta ant. del giorno 22 si tratta della *Compartecipazione di una levatrice alla Giuria dei Sanitari*, proposta del Comitato ordinatore, relatrice signora Croci. Si viene alla votazione di un ordine del giorno che stabilisce di formare in seno alla Federazione una Giuria di Levatrici. Si passa poi all'esame dei singoli articoli dello statuto della federazione che vengono approvati. Si stabilisce infine che il Comitato centrale della Federazione sia costituito nella presidenza dell'attuale Congresso, che il *Giornale delle Levatrici* ne sia l'organo ufficiale e che Milano ne sia la sede provvisoria.

Dopo nobili parole del prof. Bergesio e delle rappresentanze di Torino viene proclamata Roma sede del II Congresso Nazion. delle levatrici nell'autunno 1893, epoca del Congresso internazionale medico.

Il presidente chiude il Congresso ringraziando vivamente le intervenute, il governo, il municipio e la stampa. Durante il Congresso fu votato un indirizzo all'illustre *prof. Porro* che rispose con nobili e gentili parole. Si mandarono telegrammi al *ministro dell'istruz. pubblica*, al *comm. Pagliano*, al *sindaco di Roma* ed al *prof. Pasquali* della clinica ostetrica di Roma ed anche ai *giornali tecnici* rappresentati al Congresso. Da tutti si ebbe risposta con promessa di appoggio.

Durante i giorni del Congresso il prof. Bergesio di Torino tenne una conferenza sul tema: *La levatrice e l'odierna medicina legale*, ed il prof. Cucca di Napoli *Sulla sinfisiotomia.*

Prof. Luigi Mangiagalli, *Direttore responsabile.*

Milano — Tip. L. F. Cogliati, Via Pantano, 26.

Anno XIV. Luglio 1892. Num. 7.

ANNALI

DI

OSTETRICIA E GINECOLOGIA

SULLA SINFISIOTOMIA

ANNOTAZIONI STORICHE, CRITICHE E BIBLIOGRAFICHE

DEL

Dott. P. G. SPINELLI

23 SEP 92

(Continuazione, vedi pag. 453)

Dopo il successo sulla Souchot in Francia si levò un delirio di entusiasmo e di favore per la nuova operazione, che, difficilmente, trova riscontro nella storia della chirurgia; insufficienti sembrarono le mille voci della fama per celebrare l'autore di una scoperta così importante; la Facoltà di medicina non credette di compensarlo troppo facendo coniare una medaglia in suo onore; di maniera che quello stesso Sigault, che l'Accademia di chirurgia non si era quasi neppur degnata di ascoltare pochi anni innanzi, venne ben presto proclamato il primo benefattore dell'umanità.

Il Sigault trovò numerosi imitatori nel suo paese e quindi all'estero. I casi che reclamavano la sinfisiotomia, scrive il Bouchacourt, sembravano moltiplicarsi all'infinito; si praticò 6 volte nello stesso anno a Parigi; si faceva ad Arras il 24 aprile 1778 (Retz); ad Hesdin, nella Fiandra (Bonnard); a Lione (Dussaussoy): mentre contemporaneamente si apriva la serie delle operazioni all'estero, con risultati più o meno favorevoli.

Baudelocque stesso, che fu tra i primi e più autorevoli oppositori, la praticò sopra una donna alla Maternità, dove, dopo di lui, Antonio Du-

bois, e, più tardi, Béclard, vi ricorsero, secondo afferma M. Lachapelle. Infine, all' Hôtel Dieu di Parigi, Giraud, chirurgo in secondo, non mancò di eseguirla alla prima occasione che gli si presentò.

In Francia l'esagerazione e l'entusiasmo del primo momento, congiunto agl' insuccessi che si andavano ripetendo a brevi intervalli, non tardò a suscitare una viva opposizione fra i chirurghi, e divenne il segnale di un combattimento, cui, man mano, presero parte tutti i più noti operatori di quello scorcio di secolo.

L'Accademia di medicina sostenne con calore le idee di Sigault. L'Accademia di chirurgia, forse pel dispetto di non averle accolte, forse per convincimento, continuò a respingerle con eguale ardore. In seguito la disputa divenne scandalosa; furono pubblicati dei libelli e si cadde deplorevolmente in personalità.

Il Baudelocque, come il più autorevole degli oppositori, fu quegli che più direttamente venne preso di mira dai violenti campioni della nuova operazione. Sigault e Leroy lo combatterono lungamente con armi, veramente, poco oneste. Piet a sua volta fu caldo polemista a favore della sinfisiotomia, e nascondendosi sotto il pseudonimo di W. Kintisch, in una serie di lettere, scagliò una diatriba virulenta contro Baudelocque. Millot non lo risparmiò meno nei suoi scritti, e ad un punto chiede a sè stesso, per quale magìa un uomo ignorante come Baudelocque potè divenire professore. Similmente Sacombe lo perseguita con incredibile rabbia nella sua « Luciniade, » nella quale fa l' apoteosi della sinfisiotomia.

Giraud portò l'esagerazione per la sinfisiotomia fino al punto di sostenere che l' operazione cesarea non doveva esserle preferita, fuorchè nel caso di esostosi allo stretto superiore, e quando il diametro sacropubico aveva meno di un pollice.

Nè si creda che Baudelocque usasse riguardi maggiori ai suoi avversarî; col suo linguaggio aspro continuò fino all'ultimo la sua campagna inesorabile contro la nuova operazione. Ed ebbe compagni in quest'opera di critica e di demolizione Lauverjat, Bodin, Fournier, Coutouly e molti altri.

Le traccie di queste polemiche si ritrovano a Lione a proposito di una operazione cesarea praticata da Dussaussoy, operazione che egli aveva preferita alla sinfisiotomia. G. B. Desgranges, chirurgo ed oste-

trico, prese le difese del suo collega e pubblicò, su questo soggetto, più memorie, nel 1781, poi nel 1786 e 1788.

La causa di tutta questa lunga disputa, da cui verun beneficio ne ritrasse la pratica, ma danno moltissimo ne risentì l'avvenire della operazione e il suo studio ponderato, bisogna ricercarla nella questione stessa della sinfisiotomia, posta male fin dal principio.

Il Sigault e quelli che lo seguirono nella sua indicazione, ebbero la pretesa di voler sostituire, in tutti i casi, la sinfisiotomia al parto cesareo. Aggirandosi la discussione intorno a questa proposizione erronea, era naturale che non si potesse venire a conclusioni concilianti da parte dei contendenti. Tutti i suffragi sarebbero stati per l'inventore, dice Velpeau, se egli non l'avesse proposta altro che come un nuovo soccorso valevole ad arricchire l'arte, come una operazione che doveva avere le sue applicazioni, i suoi vantaggi ed i suoi inconvenienti particolari, e finire col rendere la cefalotomia e l'operazione cesarea più di rado indispensabili.

Pertanto cerchiamo di spogliare la questione di tutti i feticismi degli entusiasmi partigiani e di tutte le ingiurie ed i vituperi dei suoi accaniti avversari, per vedere che cosa rimanesse alla scienza ed alla pratica di tutta questa lunga disputa, che pure era poggiata sopra fatti clinici e sopra osservazioni sperimentali. Prenderemo in considerazione, nella nostra fugace disamina, le ragioni e le conclusioni di Leroy e quelle di Baudelocque, rappresentando esse la sintesi più veritiera delle due parti contendenti.

Le ossa del pube, dice Leroy, si portano tanto più in avanti quanto più sono allontanate l'uno dall'altro, dopo la sezione della loro sinfisi. Ad un pollice di apertura (27 $^{m}/_{m}$ circa) essi divergono in avanti per due linee (5 $^{m}/_{m}$ circa); a due pollici (54 $^{m}/_{m}$), dietro le osservazioni di Lauverjat, divergono di 5 linee (12 $^{m}/_{m}$); ed a due pollici e mezzo, si pongono in avanti di otto linee (18 $^{m}/_{m}$);.... divergerebbero in avanti di un pollice almeno (27 $^{m}/_{m}$), nel caso di un allontanamento di tre pollici (81 $^{m}/_{m}$). Il Leroy d'altra parte sosteneva che dopo il taglio della sinfisi si otterrebbe, senza sforzi e senza pericolo, un allontanamento di due pollici e mezzo (68 $^{m}/_{m}$) delle ossa del pube; ed aggiungeva che in due casi, che aveva operato con buon successo, questo divaricamento l'aveva portato fino a 3 pollici (81 $^{m}/_{m}$).

Il Baudelocque dopo un gran numero di esperienze sopra cadaveri di donne, morte in puerperio, venne invece alle seguenti conclusioni:

a) dopo il taglio della sinfisi, tenendo le cosce mediocremente scostate, le ossa del pube si allontanano da tre a sei linee (da 7 a 15 $^{m}/_{m}$); non è che portando le cosce forzatamente in fuori, e sino a far loro descrivere degli angoli retti col tronco, o la forma della lettera T, che si può ottenere un allontanamento di due pollici e mezzo (68 $^{m}/_{m}$); inoltre si è dovuto tirare sulle anche nello stesso verso che si allontanavano le estremità inferiori;

b) questo allontanamento non ha avuto luogo sopra alcuna donna senza che le sinfisi sacro-iliache non si fossero lacerate; e questo laceramento, che ha cominciato più presto o più tardi, è stato più o meno considerevole secondo la forma particolare del bacino sul quale si sperimentava, e secondo che le stesse sinfisi presentavano maggiore o minore flessibilità;

c) sopra un bacino con coniugata minima di 3 pollici ed 1/4 (90 $^{m}/_{m}$ circa), si è avuto con un divaricamento dei pubi di 2 pollici e mezzo (68 $^{m}/_{m}$), un aumento di 5 linee e 1/2 (13 $^{m}/_{m}$ circa) per la sacro pubica destra, e 2 linee (5 $^{m}/_{m}$) per la sacro-pubica sinistra; il diametro trasverso che misurava 5 pollici (13 cm. e 1/2 circa), è divenuto di 6 pollici meno 2 linee (15 cm. e 1/2 circa). Il diametro trasversale dello stretto inferiore si è aumentato molto più di quello del distretto superiore; e l'alto dell'arco del pube si è slargato quasi sempre nelle stesse proporzioni che le ossa si sono scostate.

La divergenza circa il guadagno che otterrebbe il diametro più corto del bacino, dopo il taglio della sinfisi pubica, è dunque, per i due autori, di poca differenza; ed il Baudelocque anzi consentirebbe di accettare i risultati di Leroy, ammettendo però sempre la lacerazione più o meno grave delle sinfisi sacro-iliache.

Dove era la ragione fondamentale, la grande questione che dividea i due ostetrici e con essi i due irriconciliabili partiti? — Ecco come risponde il Baudelocque: « sembra chiaramente dimostrato che il piccolo « diametro del distretto superiore non può accrescersi che di 4 a 6 linee « (10 a 15 $^{m}/_{m}$) col mezzo di un allontanamento di 2 pollici e 1/2 (68 $^{m}/_{m}$) « per parte delle ossa del pube; *il che non potrebbe, in tutti i casi, far « cessare la sproporzione che esiste tra questo diametro e quello che la*

« *testa del feto deve presentarvi;* anche quando si potesse ottenere, senza « inconvenienti, questo allontamento di 2 pollici e mezzo, sulla donna « vivente. . . . . In fatti, quale utilità se ne potrebbe ritrarre, allorchè « la larghezza del bacino non eccede i due pollici (54 $^{m}[m$), le quin- « dici linee (35 $^{m}[m$) un pollice (27 $^{m}[m$) o soltanto sei linee (13 $^{m}[m$ 1|2), « come ne citano esempi ? »

In questo passo il Baudelocque ha messo chiaramente la questione dei limiti della sinfisiotomia, ma non la vuol dar vinta in nessun modo ai sinfisiotomisti; e bisogna aspettare la pubblicazione della sua terza edizione del trattato di ostetricia, in un'epoca cioè in cui l'inventore della operazione era già morto e, le ire, già sopite, cedevano il posto al ragionamento pacato, per trovare segnata la indicazione della sinfisiotomia, e la preferenza sull'operazione cesarea, nei casi in cui *il minor diametro del distretto superiore era maggiore di 2 pollici e mezzo* (68 $^{m}[m$), *poichè quando è inferiore a questo grado di accorciamento, non aveva avuto fino allora buona riuscita.*

Che se il Leroy con i suoi seguaci affermava, nonostante i risultati sperimentali, che, col taglio della sinfisi, si potesse dar passaggio alla testa del feto attraverso qualsiasi bacino, anche il più deformato, bisogna dedurne che ad essi non erano ben noti i vizii di bacino; notizie che del resto non erano molto esatte, e quelle che si avevano non erano alla portata di tutti, all'epoca in cui avveniva la nota controversia sulla opportunità clinica della sinfisiotomia.

D'altra parte già prima che il Baudelocque si decidesse ad accordare *qualche limite alla sezione della sinfisi,* il Sigault, negli ultimi tempi della sua campagna a favore dell'operazione, che furono anche gli ultimi di sua vita, voleva che si assegnasse, come limite inferiore della sinfisiotomia, una coniugata vera di 68 $^{m}[m$. E ciò lo rileviamo da una nota del Baudelocque stesso, e che trascriviamo integralmente: « La confi- « denza del Sigault in questo nuovo metodo di procedere era talmente « scemata in quest'ultimi tempi, ch'egli ricusava di tentarlo, allorchè il « bacino non gli offeriva almeno 2 pollici e mezzo di piccolo diametro « nel suo ingresso. Noi l'abbiam veduto proporre l'operazione cesarea « in una donna per la quale ci chiamò in consulto e che operammo in « sua presenza nel mese di luglio 1785; e pochi giorni prima della « sua morte per un'altra donna, il cui bacino aveva almeno due pollici

« e mezzo, e che partorì, ciò nonostante, naturalmente un feto privo di « vita. »

Nè il Baudelocque si fermò alla discussione sperimentale della opportunità operativa della sinfisiotomia, ma volle eziandio poggiare le sue conclusioni sopra prove cliniche innumerevoli, e, com' egli si esprime, « senza risposta. » A questa dimostrazione clinica appunto dobbiamo una eccellente e preziosa raccolta di quasi tutti i casi di sinfisiotomia fino allora praticati; i quali se pur troppo, sfortunatamente, ricordano una serie spaventosa di morti, rappresentano d'altra parte i documenti più saldi ed indiscutibili della verità del principio: *che un bacino viziato ed in certi limiti, dopo il taglio della sinfisi pubica, si allarga tanto nella sua capacità pelvica, da permettere la uscita ad un feto a termine.* Ed invero alle autopsie delle operate si trovarono « allontanamento delle « sinfisi sacro-iliache, distacco del periostio e lacerazione dei ligamenti « che le ricoprono e le rinforzano, depositi saniosi, icorosi o purulenti « che inondano le fosse iliache e la cavità del bacino, » i quali disordini, per gli osservatori di quell'epoca, erano le conseguenze dirette ed esclusive della operazione; ma queste autopsie dimostrarono pure che, attraverso bacini, anche fortemente ristretti, nei quali il diametro più piccolo non misurava che 2 pollici e 1[2 (67 m[m), 2 pollici e 3 linee (63 m[m), 2 pollici (54 m[m), 1 pollice e 7 linee (43 m[m), ecc., si riuscì ad estrarre feti a termine, sebbene qualcuno solamente vivo e vitale.

In tal modo si chiude in Francia il primo periodo della sinfisiotomia e con esso la famosa disputa tra sinfisiotomisti e cesaristi, che, a dire di Velpeau, servì di pretesto e di velo alla gelosia, all'invidiosa rivalità di tutte le mediocrità di quell' epoca, e valse a denigrare molti personaggi commendevoli.

La prima sinfisiotomia in Italia venne praticata a Genova dal Lavagnino, nel 1781, ma con tristissimo risultato; divaricate le ossa e l'utero non contraendosi, si estrasse il feto, che si credeva morto, con l'uncino; il feto intanto era vivo e vivo ancora restò alcune ore. La madre moriva dopo 17 giorni per cangrena delle parti esterne della generazione, alla vagina e all' utero. Il povero chirurgo fu dalla intera città proclamato barbaro autore della morte di questa disgraziata, il cui cadavere dovette essere portato alla chiesa di notte tempo.

Due anni dopo, nel 1783, il dott. Giovanetti, chirurgo in Borgo d'Orta nel Novarese, ripetè l'operazione sopra una donna con pelvi angusta, in travaglio da 4 giorni e con feto già morto; la madre andò salva.

L'operazione del Ferrara, praticata per la prima volta in Napoli all'Ospedale Incurabili, nel 1787, ebbe anche risultato favorevole per la madre.

In questo turno di tempo, oltre alle sinfisiotomie del Lavagnino, del Giovanetti e del Ferrara, generalmente ricordate dagli autori, in Italia se ne doverono praticare delle altre, almeno a giudicare dal seguente passo che troviamo nella citata opera del Merulla: « ...lo stesso for-« tunato evento riportarono molte donne impossibilitate a partorire, « mediante la detta operazione, più volte messa in pratica dal sig. Bel-« lentani e dal sig. Marescotti di lui maestro... » (pag. 186, T. II).

Mentre che la sinfisiotomia sperimentava le sue prime sorti in Italia, contemporaneamente gli autori più competenti incominciavano a trattarne nei loro scritti e nelle loro opere di ostetricia.

Anche presso di noi, nel primo momento del favore universale, la sinfisiotomia venne salutata come *un dono del cielo*, e fautori ardenti ne divennero il Nessi, il Morandi, ed altri chirurghi. Ben presto però, con quel senso pratico ed obbiettivo che ha contraddistinto sempre mai l'indole dell'intelletto italico, quasi generalmente vennero respinte le esagerazioni degli entusiasti della sinfisiotomia, e si cominciò invece a studiarne l'opportunità clinica, i suoi limiti, le sue indicazioni razionali.

Con queste vedute scriveva Girolamo Personé il trattato della sezione della sinfisi del pube e del taglio cesareo; e due anni dopo (1783) il Pratolongo pubblicava in Genova un *discorso sulla sinfisiotomia preceduto da un breve saggio sul meccanismo del parto.*

Secondo Nannoni « la sinfisiotomia non può essere fatta senza che le « sinfisi sacro-iliache ne soffrano moltissimo, quando il diametro antero « posteriore è di soli 3 pollici, come pure si tratti che il capo non « ecceda di estensione, da una prominenza parietale all'altra, i 5 pollici « e mezzo. Conviene per ogni gran vizio della pelvi superiore il taglio « cesareo. »

Asdrubali, sebbene discepolo di Leroy, non fecesi, come il suo maestro, partigiano ad oltranza della nuova operazione; che anzi egli vi portò il suo giudizio critico ponderato ed equo, tale quale fu pronunciato

poi in seguito dalla grandissima maggioranza degli ostetrici del XIX secolo. Vogliamo riportare alcuni brani importanti dell'autore, che ne caratterizzano la mente acuta e pratica. Asdrubali comincia il capitolo dedicato alla sinfisiotomia colle seguenti parole: « Il prendere abbaglio « nei principii di qualunque scienza fu sempre cagione non solo di « inutili questioni tra i periti, ma origine eziandio degli errori i più « rimarchevoli nell'esercizio della medesima. » E più oltre l'A., che aveva assistito alla lotta accanita fra sinfisiotomisti e cesaristi, aggiunge: « è cosa invero meravigliosa la molta diversità delle opinioni fra « i professori di ostetricia. Alcuni vogliono la sinfisiotomia tanto ne- « cessaria che debba anteporsi alla cesarea. Altri la rigettano come « assolutamente mortale. Questi contrari sentimenti sembrano avere la « loro origine dagli equivoci presi nei principî dell'arte, senza precisione « ed adequatezza. Non saranno mai conciliabili fra loro i sentimenti su « tale proposito, se prima non si convenga nei fondamenti accennati. » In quanto poi ai limiti della operazione l'A. stima che « in pelvi « mancante di due pollici o due pollici e mezzo (54-67 $^{m}{}_{[m}$), la sinfio- « tomia riusciva pregiudizievole ed anzi mortale; non così se il difetto « fosse soltanto di 1 pollice (27 $^{m}{}_{[m}$) o poco più perchè allora le sinfisi « non soggiacciono a grave distrazione. » Infine per difendere l'operazione dalle accuse che le venivan mosse si esprime, giudiziosamente, così: « Non è la sinfisiotomia che toglie di vita le madri, ma la *indistinta* « *pratica di essa*, che deve avere un limitato confine. Chamberleyne « comparve in Parigi, vivente Moriceau, con una particolare forcipe, « colla quale egli asseriva di liberare qualunque partoriente, costituita « in un travaglio il più spinoso. Ne ottenne il permesso. Ma perchè « agiva poco naturalmente, adattando il suo istrumento in pelvi assai « anguste, erano più le madri ed i feti, che uccideva, di quelli che « salvasse. Fu costretto desistere e partire, massime per la contradizione « di Moriceau. Ecco una forcipe, che in oggi si considera come « un'ancora di salute per le infelici madri e pericolanti feti, allora fu « riputato uno strumento assolutamente micidiale, e perchè? perchè, non « veniva applicato opportunamente. La stessa sorte sembra che abbia « incorso la sinfisiotomia. È divenuta mortale in mano di quelli che « furono troppo solleciti e che credettero di poterla usare in tutti i « casi di angustia di pelvi; ma non così in quelle mani che ne fissa-

« rono i limiti e che poi le più e più fiate ne sperimentarono il felice « evento. »

Flaiani, Penchienati e Brugnone sono a loro volta fautori della sinfisiotomia nei limiti razionali designati da Asdrubali. Similmente il Ferrara, il Galeotti, il Merulla accettarono la operazione condizionatamente.

Non così la scuola ostetrica torinese, che se ne dichiarò avversaria decisa. Il Valle diceva che « la sinfisiotomia fosse stata inventata non « per l'utile della umanità languente, ma per appagare l'ambizione e « la gloria, e quando si ottenesse che la testa venisse alla luce in grazia « del piccolo aumento dello stretto superiore, procurato dalla sezione « della sicondrosi del pube, altrettanto si sarebbe conseguito rivoltando « il feto secondo l'arte; se ciò non fosse possibile, il bacino essendo « grandemente angusto, il meglio sarebbe stato aprire la testa del feto « nel luogo detto la fontanella, lungo la sutura sagittale. »

Rossi a sua volta affermava « essere inutile la sinfisiotomia ogni « volta che non fu mortale al feto, alla madre, presto o tardi, o ad « amendue insieme. »

Come si vede, in Italia, fin dai primi tempi, oppositori seri contro la nuova operazione non ve ne furono; la massima generale accettata dagli ostetrici di quell'epoca era che la sinfisiotomia fosse utile nei vizi medî di bacino, mentre nei vizi gravi dovesse ricorrersi all'operazione cesarea.

In Alemagna la prima operazione di sinfisiotomia pare fosse quella del Siebold, praticata a Wurzbourg il 4 febbraio 1878. L'operazione del Siebold fu laboriosa; si dovè adoperare la sega per separare le ossa, interamente congiunte per la ossificazione della sinfisi, però « malgrado « gli accidenti che seguirono a questa operazione e le conseguenze « estremamente lunghe, la donna se ne liberò felicemente. » In quanto al feto si dovè « rivolgere e condurre per i piedi, ma con tanta diffi- « coltà che si fu obbligato a comprimergli la testa *fortemente e senza* « *misericordia.* » Il vizio di pelvi che aveva indicata l'operazione era una c. v. di 33 linee (78 $^{m}/_{m}$ circa).

Prima di avventurarsi alla operazione sulla vivente, Siebold aveva sperimentato, sopra molti cadaveri di donne, il guadagno, che il bacino ne

ricavasse in ampiezza, dopo il taglio della sinfisi. Egli era venuto alle seguenti conclusioni: *potersi ottenere un allontanamento dei pubi di 18 linee* (41 m[m circa); *cioè 6 linee* (15 m[m) *spontaneamente dopo la sezione, ed un pollice* (27 m[m) *allontanando le cosce della donna; ma che quest'ultimo doveva essere pericoloso sulla donna vivente a cagione delle lacerazioni interne* TANTO DEL COLLO DELLA VESCICA, QUANTO DELLE SINFISI SACRO-ILIACHE. Dietro queste osservazioni l'A. fissò il limite della sinfisiotomia per i casi, in cui vi fosse diminuzione del più piccolo diametro del bacino di 6 a 18 ed anche 20 linee (di 14 a 40 o 45 m[m); al disotto di questo termine l'operazione cesarea, al disopra il forcipe Levret. Secondo queste vedute teoriche Siebold fece la sua prima operazione; ma ne restò punto soddisfatto, e se ne rincrebbe vivamente: « *e me ne* « *pento forse ancora,* egli dice, *di essermi lasciato sedurre dalle attrat-* « *tive della nuova operazione e non avere a quella preferita la cesarea.* »

Onde il Siebold, formulò questo apprezzamento sulla sinfisiotomia: « vi è una grande verità nel giudizio di Baudelocque, che dice: *che* « *tutte le volte che si è salvato il feto si è uccisa la madre, o quando* « *si è salvata la madre si è ucciso il feto. Quando i due individui sono* « *stati salvati, l'operazione non era necessaria.* » Ed in seguito, terminando le considerazioni sulla operazione egli aggiunge: « L'esperienza « ed il tempo sono sufficienti oggi per permettere di portare un giudizio « definitivo. Per tutti quelli che non sono orbi, essa non resta più che « come una curiosità storica, ed è proprio ad essa che si può appli- « care questo prezioso proverbio: *Felix quem faciunt aliena pericula* « *cautum!* »

La nuova operazione accolta adunque con molta riserva in Germania, non ebbe miglior ventura dopo le prime prove cliniche. L'insuccesso del caso di Siebold, seguito a breve intervallo da quello ancora più dispiacevole di Guerard, nel quale soccomberono madre e feto, ed il giudizio sfavorevole di Siebold stesso, valsero a creare contro la sinfisiotomia quello spirito di opposizione, che in seguito non si dissipò più e venne tramandato, fino ai nostri giorni, per eredità da scuola a scuola.

In Inghilterra la prima ed unica sinfisiotomia, almeno secondo la statistica del prof. Morisani, che è la più completa pubblicata fin'oggi, fu praticata da John Welchmann a Kington, il 4 settembre 1782, sopra

una donna osteomalacica con feto premorto. La madre si salvò. Gli autori più competenti dell'epoca come Denman, Osborne, Pugh, Hamilton accettarono poco favorevolmente l'operazione. Aitken, per contrario, le accordò attenzione e studio speciale, giungendo financo a proporre una modificazione alla operazione che descrisse e chiamò *bipubiotomia.*

Nel Belgio l'operazione trovò più favorevoli gli ostetrici. Il Cambon, già nel 1778 praticava la sua prima sinfisiotomia a Mons, con risultato favorevole per la madre, e poi, negli anni successivi, la ripeteva due altre volte, e per la seconda volta nella stessa donna. Fra gli entusiasti della nuova operazione nel Belgio ricorderemo Herbiniaux, quegli che aggiunse fuoco e livore nella polemica già tanto animata in Francia, e non ebbe ritegno di pubblicare, a proposito di Baudelocque « *che l'ac-* « *cademia di chirurgia coronò in lui l'ignoranza e la mala fede.* »

In Olanda la grande autorità di Camper accreditava la operazione, ma pare che, per tutta la fine del secolo XVIII, non sorgesse la indicazione di praticarla; almeno non è registrata alcuna operazione, ch'io mi sappia, in quel turno di tempo.

In Ispagna sembra che la sinfisiotomia fosse bene accetta al principio. Delando, sotto la direzione di Canivel, ne praticò una con risultato completo per la madre e per il feto, ad Utrera di Andalusia nel 9 agosto 1780, sopra una donna di 42 anni, primipara, che era in travaglio da tre giorni, senza poter partorire.

Nelle Americhe non pare che siasi praticata alcuna operazione di sinfisiotomia, almeno a giudicare dalle notizie statistiche fornite da Harris di Filadelfia, nelle quali non troviamo segnata alcuna osservazione appartenente ad operatore del nuovo mondo. Nè sembra che gli autori di quell'epoca si fossero interessati della questione, anche teoricamente.

Secondo periodo. — In questo secondo periodo evolutivo della sinfisiotomia, che possiamo a buon diritto chiamare periodo razionale e sperimentale della operazione, il primo posto spetta all'Italia, e più specialmente alla scuola napoletana; in vero vedremo, che mentre nelle

altre scuole di Europa e d'Italia stessa, la sinfisiotomia va gradatamente scomparendo dalla pratica, pur discutendosene sperimentalmente e teoricamente le indicazioni ed i limiti, nelle monografie e nei trattati, in Napoli l'operazione entra nel dominio comune e, dalla cattedra, nelle opere, all'ospedale, con poca o nessuna controversia, viene generalmente proclamata o riconosciuta di utile soccorso alle partorienti, in speciali contingenze distociche dei loro bacini.

In questo periodo sorgono tra noi, come vere sintesi rappresentanti il movimento infaticabile di un pensiero divenuto adulto, l'Assalini di Milano, il Galbiati, il Jacolucci, il Morisani di Napoli.

Il primo, con convincimento tenace e con fede intensa, si fece propugnatore della grande, incontestabile utilità pratica dell'operazione, al punto da esprimere il voto, che *per legge* la sinfisiotomia fosse imposta ai medici, quando la pelvi misurava meno di 3 pollici nel suo diametro minore, poichè al disotto di tale limite « pretendere che si possa serrare « col forcipe la testa di un feto e trarla fuori dalla pelvi, senza ucci- « derlo, egli era non conoscere i limiti dell'arte. »

Nè si creda che l'entusiamo dell'Assalini fosse solo conseguenza di spirito innovatore e generoso, quale egli aveva; invece il nostro chirurgo, discepolo del Baudelocque, aveva assistito *de visu* a Parigi a quattro operazioni, come egli stesso afferma, non solo, ma aveva potuto convincersi sperimentalmente sopra un gran numero di cadaveri di donne morte in puerperio, l'aumento che ne ricavano, dal taglio della sinfisi pubica, i diametri del bacino.

Ecco inoltre le convinzioni dell'autore sulla operazione: « Relativa- « mente alla sinfisiotomia io penso che le obbiezioni fatte a questa ope- « razione sono state esagerate, come esagerati erano i vantaggi che si « volevano attribuire al taglio cesareo. Hunter, parlando della testa in- « chiodata ed avanzata nella pelvi, antepone ad ogni altra operazione, « essendo il feto vivo, il taglio della sinfisi del pube. Io credo che in « caso di piccola differenza nei diametri, non è esporre la vita della « madre il proporre e fare il taglio della sinfisi, per salvare la vita del « suo bambino. Io credo ancora che all'atto dell'operazione, che consiste « nel tagliare poca cute, poco tessuto cellulare, la cartilagine, sia cosa « utile il far sostenere i fianchi della partoriente da un assistente, per « impedire il divaricamento soverchio e troppo pronto delle ossa del

« pube a danno delle sinfisi sacro-iliache; indi mantenere il bacino so-
« stenuto da una fascia unitiva, non molto serrata, ed aspettare l'espul-
« sione del feto mediante le contrazioni dell'utero. Procedere dopo il
« taglio della sinfisi del pube alla estrazione violenta del feto, o me-
« diante il rivolgimento, o facendo uso del forcipe, egli è, a parer mio,
« fare delle operazioni superflue e dannose. Simili violenti processi ve-
« rosimilmente furono la sorgente principale delle obbiezioni fatte a
« questa operazione. Il *taglio della sinfisi per sè non è operazione nè do-*
« *lorosa nè complicata e facilmente guarisce.* »

Nella maternità milanese l'Assalini, con l'approvazione di due nomi così autorevoli come quelli di Monteggia e Palletta, eseguiva la sua prima sinfisiotomia, nel 1811, con esito felicissimo, ed un'altra da lui operata ebbe eguale fortuna. In seguito nell'ospizio medesimo, dal 1815 al 1818, tale operazione fu ripetuta altre tre volte dal Gianni, per consiglio di Palletta; salvando due madri e soltanto un feto, ma uno di essi era premorto, mentre l'altro nacque bensì dando segni di vita, ma tosto soccombette. Dopo di questo tempo sembra che l'operazione non venisse più eseguita in detta maternità.

Il Galbiati, ingegno armonico, originale, di ardite iniziative chirurgiche, meritamente celebrato alla sua epoca, fu anche strenuo partigiano dell'operazione, che illustrò con la pratica e con pubblicazioni, nelle quali vi campeggia largamente la parte clinica e sperimentale.

Pel Galbiati « il taglio del pube non solamente è utile nella stret-
« tezza del diametro trasverso, ma è utilissimo ancora nell'angustia del
« diametro antero-posteriore, fino a due pollici e due linee (60 $^{m}{}_{[m}$),
« termine molto al di là di quello che stabilito avevano gli ostetrici
« finora da permettere la sinfisiotomia. Anzi noi abbiamo la fiducia di
« affermare, che questa operazione possa esser coronata da felice successo
« purchè eseguita nel modo da noi indicato, quando anche lo spazio
« sacro-pube non fosse più di un pollice e trequarti, un pollice e 10
« linee (45 a 50 $^{m}{}_{[m}$). »

Il modo dal Galbiati indicato consisteva « nel lasciare alle naturali
« contrazioni dell'utero l'espulsione del feto, dopo il taglio della sinfisi,
« perchè la testa si potesse lentamente accomodare alla trafila pelvica,
« e nello stesso tempo perchè le sinfisi sacro-iliache, cedendo grado a
« grado, non corressero il pericolo di lacerarsi. » Questo processo del

Galbiati era stato già suggerito dall'Assalini, come abbiamo detto innanzi, e già prima ancora dal Baudelocque, il quale allo scopo di conservare in vita maggior numero di bambini, consigliava, fatta la sinfisiotomia, di affidare la loro espulsione *aux soins de la nature*, ovvero di adoperare il forcipe, anzichè eseguire il rivolgimento.

Il Galbiati, giustamente preoccupato degli esiti quasi costantemente infausti per la madre (in Napoli, fino allora, sempre infausti) del taglio cesareo, voleva che a questa si sostituisse, possibilmente, l'operazione della sinfisi; onde ne estendeva i limiti, come abbiamo ricordato innanzi; ed egli si appoggiava, per questa indicazione, alle sue esperienze cadaveriche e sopra le numerose osservazioni di cui disponeva la clinica fino a quell'epoca. Sotto questo punto di vista adunque l'A. rimetteva innanzi la primitiva proposta del Sigault e seguaci; ma, evidentemente, egli la formulava in un'epoca in cui la clinica forniva già un largo materiale di prova sperimentale. Seguendo i suoi principî il Galbiati mise in attuazione la sinfisiotomia in vizi di pelvi accentuatissime. Operò 15 donne con bacini deformati, la cui coniugata vera oscillava fra i 67 ed i 51 $^{m}[_{m}$. Ma i risultati che ottenne nelle sue operazioni non furono molto incoraggianti. Invero delle 15 operate se ne perderono 7, una delle quali morì prima della estrazione del feto (bacino di 51 $^{m}[_{m}$); la causa della morte in quasi tutte queste donne fu l'infezione puerperale; in molte furono eseguite le autopsie e studiate le lesioni delle sinfisi sacro-iliache; dei feti, 4 solamente se ne ebbero vivi ed in condizioni vitabili, due vennero vivi, ma morirono poco dopo, 9 erano premorti o soccomberono durante la estrazione; quasi tutti erano a termine, o di sviluppo anche maggiore del normale.

Il Galbiati sembra fosse scosso dagl'insuccessi delle sue sinfisiotomie; ma dominato sempre dal pensiero di sostituire il nefasto parto cesareo, propose il taglio di uno od entrambe le branche degli ischi (1); per tal modo egli intendeva di aprire una porta univalve o bivalve nella metà anteriore del bacino, affinchè il feto, invece di attraversare il canale osseo, « uscisse per quella porta preparata alla sua circonferenza. La

(1) Riuniamo la pubiotomia alla sinfisiotomia, perchè la prima, secondo noi, non è che una modificazione della seconda, una esplicazione più ampia dello stesso principio della sinfisiotomia.

« sezione si praticava ad un lato (semplice), nei casi di augustie minori e « ad entrambi i lati, nei casi di massima strettezza. »

Il Galbiati sperimentò due volte sul cadavere la sua operazione; nel primo caso, il bacino difforme presentava un solo pollice (27 m[m) di spazio « dal pube al sacro, » ed il feto fu estratto con qualche difficoltà, dopo aver segate le ossa; nel secondo caso, il bacino aveva un pollice e mezzo (40 m[m circa) nel diametro sacro-pube, e dopo la sezione unilaterale della branca ischio-pubica, la estrazione del feto fu eseguita con facilità.

Il 29 marzo 1832 il Galbiati operò la prima pubiotomia su donna viva; ma con esito infausto perchè la madre se ne morì pochi giorni dopo; ed il feto premorto si dovè estrarre con la cefalotomia. Il secondo caso, operato nel 1841, ebbe egualmente esito funesto.

Non insistiamo nel ricordare i particolari delle due operazioni di pubiotomia praticate dal Galbiati, che furono veramente disastrose. La proposta della pubiotomia, per quanto ingegnosa, non incontrò gran favore a causa delle gravi difficoltà di tecnica operativa che richiedeva. Tuttavia troviamo che dopo le operazioni del Galbiati, una terza volta fu eseguita la pelviotomia dal Cianflone, nel 1854, con esito egualmente infausto per la madre e per il feto. In seguito non fu più sperimentata sulla vivente. Pertanto la discussione è continuata sulla opportunità clinica della operazione, fino a questi ultimi anni, prendendovi parte gli ostetrici più autorevoli e più competenti.

Il Jacolucci contribuì non poco presso di noi allo studio della sinfisiotomia. Come operatore eseguì tre sinfisiotomie, con vizi di pelvi di 73 m[m e di 67 m[m. Perdè una sola donna per infezione suppurativa, ed all'autopsia l'esame anatomico delle sinfisi sacro-iliache non fece riscontrare nulla di anormale, meno una certa mobilità. Dei feti due vennero vivi e vissero; il terzo, ottimestre, pure fu espulso vivo, però morì poco dopo il parto. Ma il merito principale dell'A. è nelle sue pubblicazioni, le quali indirizzarono per novella via le applicazioni cliniche della sinfisiotomia. Secondo l'A. la sinfisiotomia, fatta nei casi convenevoli, cioè quando il diametro sacro-pubico è più lungo di due pollici e mezzo, con le debite cautele fa spesso partorire spontaneamente e le sue conseguenze si limitano *a trattenere la donna in letto per un mese o poco più, come han dimostrato le non poche osservazioni fatte nella sala*

ostetrica degl' Incurabili. Il Jacolucci ha istituito il paragone tra il parto prematuro provocato per ristrettezza di bacino, e la sinfisiotomia, inclinando a preferire quest'ultima per la ragione che essa attende il parto nel tempo prefisso dalla natura e quindi trae alla luce feti la cui attitudine a vivere è assai più sicura degli altri nati nel 7.° ed 8.° mese; dippiù v'hanno casi nei quali anche nel 7.° mese il parto prematuro non servirebbe, mentre che la sinfisiotomia alla fine della gravidanza salverebbe il feto e la madre. Inoltre l'A. ad evitare in alcuni casi la gastro-isterotomia, propose una doppia alleanza, l'una tra la sinfisiotomia ed il parto prematuro provocato, l'altra tra la sinfisiotomia e la embriotomia. L'A. dopo aver dichiarato di seguire la dottrina « che non reputa lecito provocare l'aborto, nè eseguire la embriotomia a feto vivente, » ricorda che se nel parto cesareo si salvano i feti, non bisogna però dimenticare che si sacrificano presso che tutte le madri. Per tale riguardo vorrebbe che nei vizi gravi di bacino, p. e., con una c. v. di due pollici (54 $^{m}/_{m}$), essendo il feto vivo, si combinasse il parto prematuro con la sinfisiotomia. « Invero per effetto della sinfisiotomia il diametro sacro-
« pubico si allungherebbe fino a 2 pollici ed 8 linee (74 $^{m}/_{m}$), e quindi
« si renderebbe facile il passaggio della testa di un feto di 7 mesi, la
« quale ha il diametro biparietale di 2 pollici e mezzo (70 $^{m}/_{m}$). Non
« vi ha dubbio che la donna soffrirebbe i danni della sinfisiotomia e
« del parto prematuro; ma nel tutto insieme sono essi comparabili col
« taglio cesareo? »

In quanto alla seconda proposta il Jacolucci consiglia la combinazione della sinfisiotomia con la embriotomia, quando, essendo il feto morto, il bacino presenta tale un' angustia per cui si dovrebbe ricorrere al parto cesareo.

La idea di combinare il parto prematuro con la sinfisiotomia, come lo stesso Jacolucci conviene, sembra che fosse espressa prima di tutti dal dott. G. A. Grassi nel 1852; e questa idea voleva mettere in attuazione in un caso il prof. Rizzoli nel 1853, se non fosse sopraggiunto la morte del feto, che obbligò ad altra operazione embriotomica, per estrarlo.

Le due proposte del Jacolucci furono messe in attuazione, e con quali risultati vedremo in seguito, dal Novi e dal Morisani.

Ma chi ha conquistato al dominio della sinfisiotomia un largo suf-

fragio razionale ed ha asssicurato ad essa un' assoluta base clinica e sperimentale è, senza dubbio, il Morisani. Il suo nome è oramai indissolubilmente legato al successo completo della operazione. Dalla cattedra, nelle speciali monografie, nei trattati, nei congressi, con una serie numerosa di buoni risultati operativi, ha svegliata e tenuta viva la *necessità* della sinfisiotomia, lottando contro ostacoli di ogni sorta, specialmente contro l'indifferenza, la tradizionale e cieca ripugnanza degli avversarii convinti o *aprioristi,* e contro quelli che, nello stesso campo operativo, contribuivano a discreditarla. In tal modo, a forza di pertinacia, ha saputo guadagnare simpatie e favore alla causa della sinfisiotomia, eccitando l'attenzione d'italiani e di stranieri intorno alla *sua ragione di essere.* Tutto questo contributo e questo lavoro di tanti anni vogliamo brevemente esaminare.

(Continua).

Le mostruosità fetali dal punto di vista diagnostico

PEL

Dott. F. LA TORRE

Professore paregg. in Ostetricia,
Membro della Società Ostetrico-Ginecologica di Parigi, della Società francese d'Igiene,
della R. Accademia Medica di Roma, ecc., ecc.

Non si apre più, veramente, un Trattato moderno di ostetricia senza che vi si trovi notato il rapporto di causalità tra l'idropisia dell'amnios e lo sviluppo mostruoso del feto. Se non che, parmi che la tendenza generale degli autori inchini più a credere che l'idramnios sia piuttosto causa delle malformazioni, anzichè, come ritengo più giusto, effetto. È un punto codesto che bisogna ancora studiare. Nè la diagnosi delle mostruosità è ben determinata, tanto che soventi è per semplice probabile coincidenza che si sospetta un feto mostruoso in un uovo idropico.

Io vorrei che a questa vieta formula empirica di semplice sospetto dell'associazione dell'idramnios con un prodotto mostruoso, si sostituisse una diagnosi scientifica, poichè credo che in moltissimi casi si possa diagnosticare le mostruosità fetali, ove si portino idee chiare sull'etiologia e patogenesi dell'idramnios e delle mostruosità e si faccia un esame minuzioso e metodico.

Posso a questo riguardo portare oggi un piccolo contributo, avendo avuto quest'anno occasione di osservare alcuni casi di mostruosità che mi sembrano molto interessanti, le quali mi suggeriscono alcune considerazioni sull'argomento. Ma prima di esporle, mi permetto presentare i casi.

Osservazione I.

Primipara quasi al termine di gravidanza gemella — Albuminuria, idramnios cronico, anasarca — Uno dei feti mostruoso — Eclampsia durante il travaglio — Forcipe pel primo feto, rivolgimento pel secondo — Secondamento artificiale — Guarigione.

La sera del 12 giugno 1891 sono chiamato in tutta fretta per assistere una partoriente, la quale è, mi si dice, gonfia enormemente in tutto il corpo e massime negli organi genitali e che non ha potuto ancora dopo tre giorni di travaglio sgravarsi.

È la gestante Teresa S., maritata O., di anni 28, portiera, nativa di Montirosi (Roma) ed abitante la capitale da 4 anni in via Venti Settembre, 8, palazzo Baracchini.

Nata da parenti sani, ancor viventi, è la primogenita di 10 figli, 2 dei quali gemelli, ma 5 soli sono attualmente in vita. Vi è negli antecedenti ereditari di questa donna un punto che mi interessa in un modo tutto speciale; intendo la gravidanza gemellare, per cui mi fermo un istante.

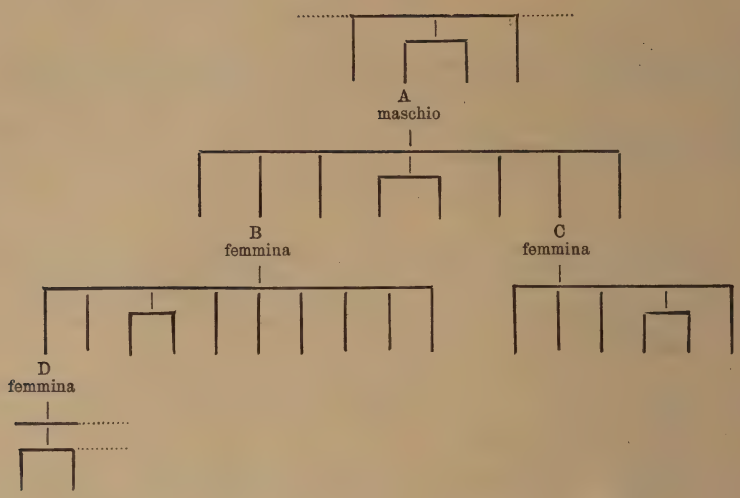
La madre della nostra malata ebbe la sua terza gravidanza doppia, però, quando era verso il quarto mese di gestazione, presa, in seguito ad uno sforzo, da vivi dolori, abortì d'un feto di sesso mascolino. Si rimise ben presto, ma il ventre continuò ad aumentare di volume nel mentre avvertiva tutti i segni della gravidanza, sicchè credette che doveva essere primitivamente incinta di due feti, uno uscito e l'altro rimasto nella cavità uterina.

Difatti, 5 mesi dopo l'avvenuto aborto, mise al mondo il secondo feto, maschio anch'esso, bene sviluppato e tuttora vivente.

Fatte indagini in questa famiglia sulla successione delle gestazioni multiple, risulta che questa donna (madre dell'ammalata) proviene da un gemello, il primo a mente sua che si ha nella famiglia, il quale ebbe 8 figli, 2 gemelli, di cui 4 soli sopravvissero, 2 femmine e 2 maschi. Le due femmine di cui una, la madre della nostra malata, le sole maritate, ebbero una gravidanza gemellare per ciascheduna. Dei 4 figli tuttora vivi della madre della nostra malata, una sola finora ha contratto matrimonio, la nostra malata, nella quale la prima gravidanza è doppia.

Volendo ora costruire una specie d'albero genealogico ereditario di

questa famiglia, in rapporto alle gravidanze gemellari abbiamo il seguente schema:



È chiaro; torniamo all' ammalata in esame.

Essa cominciò a camminare a 9 mesi e continuò in seguito sempre bene. Ebbe la sua prima mestruazione a 11 anni e mezzo, ma appena comparsa si sospese per circa un anno, poscia si ristabilì comparendo regolarmente ogni mese; le perdite erano di mediocre abbondanza, lo scolo lento e doloroso. In questi ultimi anni però la funzione mestrua si compiva con minori sofferenze e lo scolo s' effettuava più sollecitamente.

Non ha mai fatto malattie gravi. Si è maritata a 24 anni, ed è rimasta sterile fino all' anno scorso; ciò che coinciderebbe con una stenosi del canale cervicale del collo uterino, come lo dimostrerebbe la mestruazione difficile e dolorosa, il che indicherebbe anche come la fecondazione ha potuto avere luogo allora soltanto quando lo scolo sanguigno ebbe più facile uscita, cioè a dire quando il canale è divenuto pervio ed è scomparsa la flogosi della mucosa cervicale. Nel settembre ora scorso la ricorrenza mensile venne al 10 del mese in luogo del 20 e la malata risentì per tutto il resto del mese dolori vivissimi alle regioni dei reni, al 10 ottobre successivo i mestrui accennarono con una macchia nella biancheria la loro comparsa e sparirono lasciando dietro a loro nausee, vomiti, avversioni al brodo ed altri disturbi che fecero

nascere la speranza in cuor della paziente d'essere incinta; e lo era difatti.

La gravidanza ha avuto un corso regolare, se non che, verso la fine del mese di marzo, 3.° mese circa di gravidanza, fu presa da un dolore puntorio al costato, al disotto della mammella sinistra, accompagnato da forti febbri che durò parecchi giorni; se ne liberò mercè l'applicazione di 24 mignatte sul luogo del dolore, rimanendo perciò molto debole ed anemica. A partir da quel momento il ventre le si è gradatamente e lentamente aumentato di volume, tanto da raggiunger durante il travaglio ed a membrane rotte l'enorme misura di 122 centimetri nella sua massima circonferenza presa al livello dell'ombelico. Tale volume però era dovuto non solo a molto liquido amniotico contenuto ancora nella cavità uterina, ma benanco all'edema eccessivo delle pareti addominali, trovandosi l'ammalata negli ultimi giorni in stato d'anasarca generale. L'aumento del ventre, che è stato graduale e lento, non s'accompagnò mai con dolori di sorta, nè con febbre, nè tampoco con vomiti. Nell'ultimo mese le si sono anche gonfiati gli arti inferiori e più tardi tutto il corpo divenendo anasarcatico; negli ultimi 8 giorni poi, gli edemi delle grandi labbra raggiunsero un grado enorme.

Sono stati consultati perciò diversi medici, e tutti han detto trattarsi di cosa da poco e che il gonfiore sarebbe scomparso dopo il parto. Nessuno preoccupandosi di esso pensa di esaminare le urine che sono, naturalmente, molto cariche d'albumina, stato peculiare che minaccia l'eclampsia, massime trattandosi di primipara. La notte del 10 giugno, a 8 mesi e mezzo circa di gravidanza, si dichiara il travaglio di parto; le contrazioni uterine sono lente, ma le sofferenze della paziente eccessive a causa degli edemi, specie di quello vulvare. L'indomani le contrazioni aumentano e si rompono spontaneamente le membrane, uscendo una quantità straordinaria di liquido amniotico, giudicato parecchi litri; l'edema degli organi genitali esterni aumenta tanto che raggiungono il volume d'una testa di feto a termine.

Il giorno dodici le cose non sono mutate, se non che le contrazioni sono di molto rallentate tanto per intensità quanto per frequenza. Nel dopo pranzo del 12 la malata è minacciata da soffocazione; non può stare nè seduta nè coricata; le maggiori sofferenze sono alla vulva. Vengono chiamati perciò nella serata diversi medici per assisterla e darle sollievo, e tutti han giudicato il caso grave e l'hanno abbandonata consigliando ai parenti di condurla in una Maternità.

Verso le otto di sera sono richiesto io ed ecco quali segni importanti mi fornisce l'esame ostetrico. Trattasi d'un soggetto piuttosto piccolo, ma ben conformato e di buona costituzione, il cui corpo è attualmente enorme, causa lo stato d'anasarca generale in cui si trova.

L'urina è carica d'albumina; non ha avuto mai però nè cefalea, nè disturbi visivi, nè oppressione dolorosa all'epigastrio; le contrazioni sono completamente cessate. All'ispezione, il ventre presentasi voluminosissimo, senza forma ben determinata, ma con due grandi protuberanze nei fianchi.

Alla palpazione trovo anzitutto le pareti addominali tese, ma cedevoli, contenendo ancora l'utero molto liquido amniotico. Sento poi una estremità cefalica profondamente impegnata nello scavo, un'altra estremità cefalica nel fianco destro, ed un'altra molto più grossa ed irregolare in modo speciale, la podalica, in continuazione di questa, nel fianco sinistro; si palpano insomma, non molto chiaramente, è vero, a causa dell'edema delle pareti addominali, ma assai bene, tre grosse estremità. La percussione dà nulla di caratteristico, se non che manca una chiara fluttuazione, impedita a formarsi naturalmente la sensazione di *fiotto* per la presenza di due feti nella cavità uterina. Coll'ascoltazione percepisco due focolai di doppio battito cardio-fetale ben separati l'uno dall'altro da una zona *muta*, distinti e non isocroni. Portato il dito in vagina si trova l'orifizio uterino dilatato per 5 cent. circa di diametro, membrane rotte ed una testa fetale riconosciuta già colla palpazione profondamente impegnata nello scavo. Noto però il labbro anteriore dell'orifizio uterino un poco tumefatto.

Diagnostico dunque una gravidanza doppia con feti vivi, uno in presentazione cefalica e l'altro in senso trasversale a T, complicata da albuminuria ed idramnios cronico.

* * *

Una delle domande che mi rivolgo in presenza di una tale situazione è la seguente: con tale grado di idramnios lo sviluppo dei feti è normale?

Crederei, poggiandomi sul carattere di cronicità dell'idramnios, che non ostante che un uovo della gravidanza multipla sia quasi sempre idropico, uno dei feti fosse alterato nel suo sviluppo somatico. E ritengo sia il secondo, quello che si trova in posizione traversale. Ma di che genere di alterazione può trattarsi?

Constato assai facilmente colla palpazione che la estremità cefalica del fianco destro è regolarmente sviluppata, mentre l'estremità podalica che giace nel fianco opposto è realmente alterata nella sua forma, di tal che escludo una alterazione della testa ed ammetto una probabile

alterazione dell'ultima porzione della colonna vertebrale; o una spina bifida o un tumore della regione caudale.

Poggiandomi poi sul numero dei battiti cardiaci fetali, vera o no la teoria di Frankenhaeuser, diagnostico il sesso mascolino del primo feto e di feminino quello del secondo.

* * *

Fin dal primo momento, vista la gravità del caso, non esito fare una prognosi alquanto riservata sia per la madre quanto pei feti.

Per la madre ciò che vi è da temere è sopratutto l'insorgere dell'eclampsia durante l'espulsione dei feti o dopo, non che le emorragie che sogliono complicare il secondamento nelle donne albuminuriche e per la troppa distensione dell'utero.

Pei feti, dato lo stato edematoso delle parti e la difficoltà al facile passaggio dei prodotti del concepimento, data la posizione dei feti stessi, la supposizione migliore è che si dovrà intervenire col forcipe pel primo e colla versione pel secondo; senza contare naturalmente che la prognosi pei figli sarebbe di gran lunga più triste se insorgessero durante l'espulsione o trazione le tanto temute convulsioni eclampsiche.

Oltre a tutto ciò la prognosi potrebbe essere per uno o per tutti e due i feti molto grave, secondo il grado ed il genere della supposta alterazione di conformazione.

Esposto chiaramente alla famiglia il vero stato delle cose ed i timori concepiti, preparo tutto l'occorrente; soluzioni antisettiche, cloroformio, forcipe, ecc. Consiglio all'ammalata di bere molto latte, faccio fare un bagno caldo generale, sia per cercare di diminuire, per quanto poco si possa, gli edemi, come per calmare l'inferma e farla riposare; perciò le feci inalare un po' di cloroformio, e dico che verso la mezzanotte dopo qualche oretta di sonno, il travaglio sarebbe certamente incominciato.

Intanto ciò che maggiormente tormenta l'ammalata è l'edema della vulva, di cui le grandi labbra sono divenute eccessivamente gonfie, e fintanto ch'esse fossero rimaste in tale stato il passaggio dei feti sarebbe stato, se non impossibile, certo molto difficoltato, risentendone i tristi effetti il perineo lacerandosi. Per cui bisogna pensare a fare sparire l'edema e m'attengo, per riuscirvi, al consiglio di Tarnier, il quale, nei casi di edema semplice delle grandi labbra che spesso si ha nelle albuminuriche, suole punzecchiare con uno spillo i tessuti edematosi, e dopo dice: « la donna piange, ma le lagrime non colano dagli occhi, ma dalle grandi

labbra (1). » Difatti una enorme quantità di siero cola dalle punture e basta ciò, il bagno più tardi ed un po' di compressione, esercitata tenendo le coscie serrate, per vedere ben presto diminuire l'enorme volume degli organi genitali esterni.

Alle 10 di sera avendo finito di fare il bagno la paziente s'addormenta; raccomando alla famiglia di lasciarla riposare, ed alla levatrice di fare respirare qualche goccia di cloroformio nel caso insorgessero convulsioni. A mezzanotte l'inferma dorme; raccomando di avvertirmi subito delle novità che avverrebbero, se no, verso le 5 antim. sarei ritornato.

Verso le 2 ant. del 13 la donna si svegliò e le contrazioni uterine ricominciano violenti e frequenti. Alle 3 la dilatazione dell'orifizio uterino, al dire della levatrice, progredisce e la testa è discesa. Alle 5 la parte fetale è sul perineo, la vulva diminuita di volume almeno di metà.

La levatrice, non tenendo conto delle mie raccomandazioni e dei pericoli segnalatile fin dalla sera avanti, assicura la famiglia che il parto si fa prestissimo, senza pericoli e senza il concorso di alcun intervento, per cui non crede sia il caso di farmi avvisare, felicissima, penso io, di potermi presentare più tardi la donna sgravata. Intanto, l'utero dopo d'essere stato la sede di violenti contrazioni, queste cominciano a cessare e la parte fetale non progredisce attraverso il bacino molle; ciò non di manco la levatrice è certa che il parto si espleta immediatamente!

Verso le 6 del mattino, non avendo ricevuto alcuna notizia, vado dall'ammalata. La famiglia rassicurata dalla levatrice sull'ottimo andamento del parto mi accoglie un po' freddamente e la levatrice stessa con un sorrisetto, di cui ben presto ne vide l'imprudenza, mi fa: « Va tutto bene, sig. professore, tra dieci minuti il parto è fatto e mi rincresce che si sia disturbata. »

Esaminando l'inferma vedo che il perineo è molto resistente e le contrazioni uterine cessate del tutto, sicchè giudico che la testa fetale non sarà mai espulsa spontaneamente. I feti intanto non soffrono. Faccio osservare alla levatrice l'imprudenza dell'assicurazione data alla famiglia e penso andarmene; ma le preghiere dell'inferma per assistere e liberarla al più presto possibile e l'interesse che m'inspira l'ammalata stessa che m'era stata caldamente raccomandata e l'andamento del parto, mi consigliano di rimanere. E m'apparecchio a preparare il forcipe della cui applicazione a vero dire m'astenevo il più possibile pel timore che le manovre istrumentali, eccitando l'utero, avrebbero potuto fare insor-

---

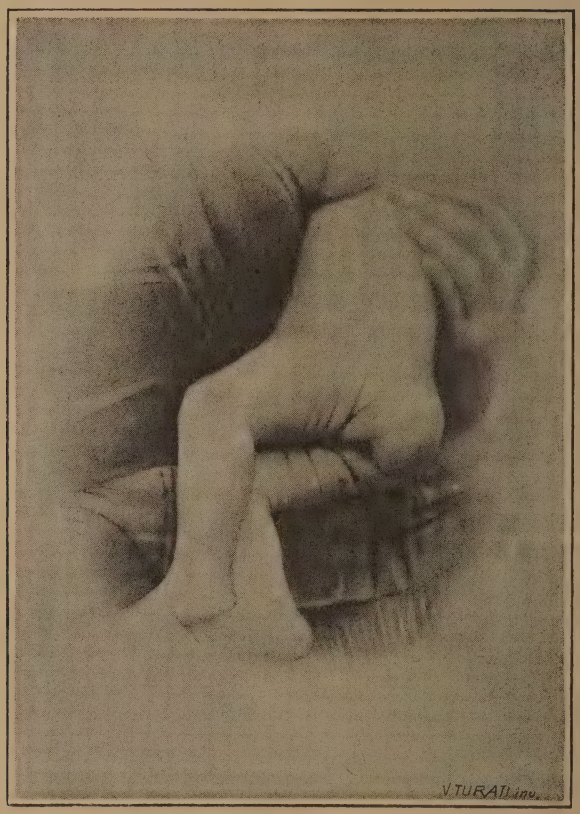
(1) TARNIER. « Cours oral d'obstétrique à la Faculté de méd. » Cours du 15 avril 1885.

gere le convulsioni eclampsiche, quando la partoriente cessa di lamentarsi, accusa un offuscamento di vista, fissa gli occhi e rimane immobile per qualche secondo, poi cominciano le convulsioni facciali e di tutto il corpo con una intensità mai vista; siamo in piena eclampsia. Vi è un momento di indicibile spavento in tutti della famiglia che scappano come indemoniati senza sapere per dove e per che cosa. Rimasto solo colla levatrice, ben bene umiliata, amministro un poco di cloroformio, metto la donna che si agita, come mai ne ho visto, attraverso del letto, applico a stento il forcipe ed estraggo con molta difficoltà il primo feto.

Immediatamente dopo, le convulsioni che erano immensamente aumentate d'intensità durante l'estrazione cessano e la puerpera entra nel coma. Amministro del cloroformio ad alte dosi. L'utero si è ridotto ed ha spinto nello scavo il secondo feto in presentazione di spalla. Un istante dopo le convulsioni riprendono con violenza estrema, penetro allora colla mano nella cavità uterina, ed estraggo il secondo feto; le contrazioni cessano *ipso facto* per dare luogo al coma. Continuo l'amministrazione del cloroformio, faccio comprimere l'aorta addominale onde prevenire qualche emorragia, senza però eccitare l'utero, ed attendo il secondamento; ma non erano trascorsi 2 minuti che le convulsioni riprendono con intensità insolita. Ricordandomi allora che fino a tanto che nell'utero vi è qualche cosa, l'eclampsia può insorgere, porto risolutamente la mano nella matrice ed estraggo la placenta la quale, a vero dire, s'è distaccata e venuta con molta facilità. Finito il secondamento le convulsioni cessano e l'ammalata entra in un profondo coma, da cui temo non esca più, tanto il caso mi pare grave. La fisionomia è divenuta orribilmente alterata e nessuno degli astanti riconosce più la puerpera. La respirazione stentorea è difficoltata anche dalla lingua che pende tutta fuori dalla bocca e che è stata protetta, grazie ad un turacciolo di sughero che avevo potuto procurarmi nel preparare il forcipe. Dopo due ore almeno di profondo coma, la puerpera comincia risvegliarsi e rivenuta in sè non ha, naturalmente, coscienza di quanto è accaduto ed è più tardi piacevolmente sorpresa nell'apprendere d'essere già sgravata. Noto solamente, come malgrado la sollecitudine nell'operare ed i pochi riguardi, diciamolo pure, che ho dovuto necessariamente usare per estrarre col forcipe il primo feto, assai grosso, ed il secondo, piccolino, mercè il rivolgimento, pure non si ebbe lacerazione perineale.

I feti sono vivi e, giusta come ho diagnosticato, il primo, maschio, è ben conformato del peso di 3200 grammi e 49 cm. di lunghezza, ed il secondo, femmina, piccolino, del peso di 2000 grammi, 40 cm. di lunghezza e con un tumore alla regione caudale come si può benissimo

osservare nella qui unita figura. La placenta è unica, ma molto allungata e ristretta in mezzo da formarne due unite pel bordo, della forma d'un piccolo violino. La massa più grande appartiene al maschio, nato prima. La lunghezza di questa placenta è di 36 cent. e la larghezza minima, cioè al punto più ristretto, di 14; il peso è di 1000 grammi. I funicoli



sono impiantati ciascuno quasi nel centro di ciascuna massa placentare; quello del maschio, di volume normale, misura 56 cent. circa, e quello della femmina, sottile, 32. Le membrane sono intiere e lacerate quasi nel centro; non esistono vestigia di esse sulla faccia fetale della placenta, ma aderiscono lungo il bordo, nè tagliata la massa placentare nel centro di essa e nel punto più ristretto, v'è sulla superficie del taglio modificazione anatomica nel tessuto che possa indicare separa-

zione di circolazione, giacchè v'è estesa anastomosi venosa ed arteriosa. Sicchè, può benissimo concludersi che vi era una sola cavità ovulare.

* * *

Uscita dal coma sottometto l'ammalata ad una dieta esclusivamente lattea, onde fare scomparire al più presto gli edemi ed allontanare il pericolo del ritorno dell'eclampsia.

Segue puerperio perfettamente fisiologico e in 7.ª o 8.ª giornata ogni transudazione sierosa dei tessuti è sparita e la puerpera ha ripreso le proporzioni del corpo come allo stato normale.

La discesa del latte avvenuta in 4.ª giornata si verifica regolarmente e qualche giorno più tardi comincia la puerpera ad allattare un po' i suoi bambini coadiuvata nella bisogna da una buona nutrice. I bambini crescono entrambi prosperosi, malgrado che avessi fatto prognosi alquanto riservata per la femminuccia, quella col tumore. Il 3 luglio partendo da Roma lascio nel migliore stato di salute tanto la madre quanto i figli.

Verso la fine d'ottobre, visti la madre ed i bambini, stanno tutti bene. La femminuccia che pesava 2000 grammi quando nacque, è divenuta ora molto più grossa del maschio. Il tumore si è impicciolito ed è divenuto più resistente.

Oggi, 20 aprile 1892, i due bimbi stanno benissimo; la femmina è molto più grossa del maschio; il tumore è di molto impiccolito ed indurito.

Osservazione II.

Multipara a termine di gravidanza semplice — Albuminuria, anasarca, idramnios con feto idrocefalico — Rottura spontanea delle membrane 15 giorni prima del parto — Eclampsia del travaglio — Perforazione del cranio — Guarigione della madre.

Trattasi di una donna Giulia C., di 32 anni, di Roma, maritata, attendente a casa, via Princ. Umberto, 113, piano 4.º Nata da parenti sani, morto il padre di colera, madre tuttora vivente. Sesta di 7 figli, è ora sola, essendo gli altri morti parte nella prima infanzia e parte nell'età adulta.

Mestruata per la prima volta a 17 anni, la funzione fu irregolare nei primi tempi per data, quantità e qualità; poi si ristabilì normalmente. Maritata a 30 anni ad un uomo dedito alle sostanze alcooliche, divenne subito incinta; la gravidanza fu regolare, il parto normale a termine venendo al mondo una bambina bene sviluppata. Puerperio normale, riposo a letto 9 giorni. Due mesi dopo il parto la donna ridivenne incinta. La gravidanza s'annunziò con nausee, vomiti e dolori nell'addome fino al 4.° mese, epoca in cui l'addome era ancora piccolo; verso il 6.° mese però era aumentato immensamente di volume ma in modo progressivo. Si chiamò perciò una levatrice, la quale, avendo detto che occorreva la visita d'un ostetrico, poichè il volume del ventre, non in armonia coll'età della gravidanza, indicava che vi fosse molta acqua nell'utero, fu licenziata. Non fu consultato nessun medico.

Il volume del ventre intanto aumentava sempre più e con esso dolori nel basso ventre ed edema degli arti inferiori e sopra pubico; la respirazione perciò era molto difficoltata, ciò che faceva non poco soffrire la gestante. Verso la metà di maggio 1891, al 7.° mese e mezzo circa di gravidanza, fu chiamata infine la signora Martucci, levatrice del mio Istituto. Appena vista l'ammalata la Martucci rimase impressionata dell'enorme volume dell'addome, come pure dell'edema, ma specialmente di quello sopra pubico e sospettò perciò una gravidanza gemellare. Nessun antecedente di simile natura s'era verificato nelle famiglie ascendenti e collaterali. Colla palpazione la Martucci non ebbe percezioni nette, stante la grande distensione dell'utero, nè coll'ascoltazione in luogo del battito doppio cardiaco fetale in uno o due punti ebbe la percezione di un suono speciale dovuto a colpi prodotti dai movimenti attivi convulsivi del feto, percezione che si aveva nel quadrante destro superiore. Col riscontro vaginale trovo il collo dell'utero rammollito, apparentemente lungo e punto dilatato; non si arrivava sopra alcuna parte fetale. Il bacino era normale e non potè fare una diagnosi. L'urina conteneva albumina. Consigliò il riposo e l'uso di grande quantità di latte.

Il 16 giugno, un mese circa dopo la prima visita, la Martucci è stata di nuovo chiamata, avendo la gestante contrazioni uterine molto energiche ed un leggero scolo sanguigno dagli organi genitali. Visitata l'ammalata non potè praticare una utile palpazione a causa dell'edema pronunziatissimo delle pareti addominali, e dell'eccessiva tensione dell'utero. Coll'esame vaginale trovò collo scomparso e principio di dilatazione dell'orifizio uterino; lo scavo era perfettamente vuoto. Ritenne anche questa volta trattarsi d'una gravidanza gemellare. Giudicò ad ogni modo il caso non semplice, e richiese il consiglio d'uno ostetrico. Dopo molte difficoltà messe avanti dalla gestante, come pure dai parenti, i quali tutti non credevano necessario l'intervento del sanitario, sono stato chia-

mato io. Trovo la donna in istato d'eccessiva agitazione, ed estremamente edematosa agli arti inferiori, all'addome, ed agli organi genitali.

Il ventre è enorme; misura nel suo maggiore diametro preso al livello dell'ombelico un metro e 28 cent., il fondo dell'utero si nasconde sotto le costole. L'utero è disteso, non cedevole e riesce molto difficile potere, per quanto si eserciti pressione, arrivare sulle parti fetali; si hanno chiare sensazioni di movimenti attivi fetali, ma a tipo convulsivo. Non si avverte colonna di liquido fluttuante nè battito cardiaco fetale ascoltando su tutto il ventre. Col riscontro vaginale si trova dilatazione dell'orifizio uterino di 3 cent. circa; il sacco amniotico comincia a formarsi, ma non si arriva sopra alcuna parte fetale.

Questo stato di cose più che ad una gravidanza gemellare normale mi porta a pensare o ad un mostro doppio o ad un feto semplice ma mostruoso. Non avrei saputo definire in quel momento a quale famiglia potesse la mostruosità appartenere, ma stando all'enorme quantità di liquido che impedisce d'arrivare sulle parti fetali ed ai movimenti convulsivi, ritengo trattarsi piuttosto di una gravidanza semplice con feto mostruoso di cui l'alterazione principale deve portare sul cervello, quindi o assenza di cervello, mostro anacefalo, o compressione della massa cerebrale, idrocefalia, microcefalia. Le contrazioni uterine nel momento dell'esame non esistono punto. L'urina è carica d'albumina. Esprimo i miei dubbi ai parenti, e giudico il caso grave, sia per l'integrità del feto, come per la madre, tanto dal punto di vista della facilità del parto, dovendosi forse intervenire con operazione strumentale, quanto per timore che insorgesse l'eclampsia. Ordino intanto riposo a letto, bagni caldi generali, irrigazioni vaginali ed altro, tutto ciò insomma che può farsi in simili circostanze per risvegliare le contrazioni uterine, ed accelerare il parto. Raccomando infine l'uso più esteso del latte per cercare di fare diminuire l'albumina e scemare gli edemi, ed affido l'ammalata alla signora Martucci, di cui son sicuro. Questo stato continuò quasi invariato fino al giorno 18, in cui si ruppero spontaneamente le membrane, uscendo un'enorme quantità di liquido che si valutò a circa 8 litri. Da questo momento in poi le contrazioni ripresero violenza, ma la dilatazione dell'orifizio uterino non aumentava, nè una parte fetale qualsiasi si impegnava nello scavo, non raggiungendo il dito alcuna parte. Dopo quel tempo l'utero entrò in istato di tetanismo. Si continua così durante il lungo spazio di giorni 10, riuscendo frustraneo ogni mezzo impiegato per fare avanzare la dilatazione. La sera del 1.° luglio, la levatrice praticando il riscontro vaginale avvertì una parte fetale alquanto impegnata nello scavo e le parve essere la spalla; la dilatazione dell'orifizio uterino rimaneva nelle solite proporzioni. Sono pregato perciò a rivedere la paziente.

Trovo questa volta le cose in migliori condizioni dal punto di vista dell' esame ostetrico; giacchè la fuori uscita di una grande quantità di liquido amniotico aveva reso più trattabile l'utero, benchè in istato assai teso. Potei colla palpazione percepire diverse piccole parti che non avevano disposizioni regolari e trovavansi tutte verso il fondo dell'utero ed in avanti. Lo stretto superiore era occupato da una enorme massa, ed una massa più voluminosa ancora dura, rotondeggiante e liscia occupava la fossa iliaca sinistra; è la testa enormemente grossa pel fatto dell'idrocefalo. Mi parve di sentire coll'ascoltazione il doppio battito cardiaco fetale molto profondo e molto lento sulla linea mediana ed al disopra dell'ombelico.

Praticato l'esame per la vagina trovo la dilatazione meno di 3 cent. il labbro anteriore dell'orifizio molto indurito; lo scavo riempito da una parte fetale voluminosa sprovvista di piccole parti, rotondeggiante e liscia. Penetrando col dito nell'utero e facendolo scorrere tra la sua parete e la parte fetale, posso convincermi trattarsi della spalla sinistra che comincia ad impegnarsi.

Su questi dati credo poter fondare una diagnosi che mi pare la più plausibile come concetto diagnostico generale, cioè: *gravidanza semplice a termine con feto idrocefalico in presentazione di spalla* C. I. S. *dorso in dietro.*

Ad ogni modo cerco prima d' ogni altro di correggere la presentazione, e mi riesce contro tutte le mie aspettative di portare mediante la versione mista alla Braxton-Hickx l' estremità cefalica allo stretto superiore che l' occupa per intiero, anzi è più grande senza speranza d'impegnarsi. Consiglio tutto quanto si può in tali circostanze per una maggiore dilatazione dell'orifizio uterino, in modo da potere operare sul feto, giacchè è ormai cosa certa per me che bisogna diminuire i diametri della testa fetale ed applicare il forcipe onde poter liberare la donna. La sera del due luglio rivedo l' ammalata e trovo le cose come due giorni prima.

L' indomani, tre, dovendo partire raccomando di chiamare un altro ostetrico. Fu chiamato e dopo un attento esame conferma la mia diagnosi.

La notte dal 3 al 4 la donna è colta da violenti accessi d'eclampsia, non ostante la dieta lattea fatta assai bene nei giorni precedenti e la diminuita quantità d'albumina nelle orine.

Richiamato la dimane il dott. Baldacelli rimane impressionato dello stato grave in cui l'ammalata si trova: l'utero è in istato di tetanismo e la dilatazione del suo orifizio non sorpassa di certo i 3 cent. Fa una iniezione di morfina ed amministra forti dosi di cloroformio fino a sonno completo e va in cerca d'un collega per consultarsi sul da fare.

Fa ritorno presso l'ammalata verso le 8 ant., la trova tranquilla con

una dilatazione dell'orifizio uterino al di là dei 5 cent., di più esso è dilatabile: conchiude perciò che si possa agire direttamente sul feto. Difatti, alle 11 ant., aiutato dal dott. Rocchi perfora il cranio, ciò che dà luogo alla fuori uscita d'una enorme quantità di liquido sieroso; applica poscia il forcipe ed estrae un feto di sesso mascolino idrocefalico con diverse altre anomalie.

Il secondamento fu spontaneo, 10 minuti dopo.

Puerperio fisiologico, riposo 20 giorni a letto. La puerpera si è ben rimessa. L'ho rivista in gennaio ed aprile 1892, sta benone.

La figura qui unita dà una chiara idea dell'enorme volume del capo non ostante sia stato perforato e svuotato in gran parte e delle altre deformità.

Il feto, oltre alle note anatomo-patologiche dell' idrocefalia, presenta labbro leporino poco pronunziato all' esterno, ma con palato aperto in comunicazioni colle cavità nasali; mancanza della lingua e due denti cartilaginosi; 6 dita per ciascuna mano e 7 dita e due alluci per ciascun piede, le dita sono unite tra loro per mezzo d'una membrana; i piedi sono vari e le tibie fortemente incurvate.

I testicoli non sono discesi nello scroto.

Osservazione III.

Multipara vicino al termine di gravidanza semplice — Idramnios cronico con feto derencefalico — Espulsione di un feto mostruoso non vitale — Guarigione della madre.

Il giorno 22 maggio 1891, si presenta all' *Istituto La Torre*, Marietta C., di anni 30, nativa di Monteguideccio (Pesaro), sarta ed abitante a Roma da molti anni, attualmente in via Alessandria 50, int. 20, per essere visitata perchè incinta nel corso dell' 8.° mese ed affetta da un dolore piuttosto vivo nell' ipocondrio sinistro.

Ciò che colpisce a prima vista, osservando questa donna, è l'enorme volume del ventre, per cui stimo opportuno fare un esame completo e metodico.

Questa donna è nata da parenti sani; sua madre è venuta al mondo a 7 mesi; malgrado ciò è vissuta bene fino a tarda età ed ha avuto 9 gravidanze di cui tre interrotte senza cause apprezzabili, nei primi 4 mesi del loro decorso.

La nostra inferma è la seconda dei sei bambini nati a termine, di cui 3 solamente sono ancora in vita. Non vi sono mai state nelle due famiglie, paterna e materna, gravidanze gemellari.

Ebbe la prima mestruazione a 11 anni con perdite abbondanti di otto giorni circa di durata e forti dolori, mantenendosi la funzione in seguito sempre normale.

A 14 anni e mezzo si maritò, rimase prestissimo incinta ed ebbe con poco spazio di tempo tra l'uno e l'altro, tre figli; gravidanze normali, parti a termine, figli ben conformati, vivi. Unica cosa da notare è questa, che il liquido amniotico pare sia stato in tutte le gravidanze molto abbondante ed i feti grossi, per cui il ventre ha sempre raggiunto un grande volume, ma giammai però quanto questa volta, che pare eccessivo anco all'ammalata. I puerperii sono stati normali, non ostante la donna restasse a letto non più di due o tre giorni ed avesse rapporti sessuali dopo quattro o cinque solamente. Non ha mai potuto allattare i figli per mancanza assoluta di secrezione lattea, essendo le mammelle divenute, come vedremo in seguito, fin dalla prima gravidanza atrofiche.

A 25 anni rimase vedova ed a 27 si rimaritò, avendo dal secondo matrimonio altri tre figli, compreso questo in corso. Le gravidanze del secondo matrimonio si sono svolte in modo fisiologico, eccettuata l' ultima che presenta qualche cosa d'anomalo: parti a termine, figli ben conformati e vivi, i quali, non potendo essere allattati dalla madre, sono

stati consegnati al Brefotrofio di Santo Spirito, ove morirono per affezioni intestinali. Anco nella seconda serie dei parti i puerperii sono stati fisiologici, non ostante che il riposo a letto sia stato come al solito, di pochissimi giorni ed i rapporti sessuali siano cominciati al quarto.

La nostra gestante ha goduto sempre buona salute, non avendo fatto mai gravi malattie, ed afferma che i suoi due mariti non sono stati mai dediti al vino, nè mai contagiati, per quanto ne può sapere, da sifilide; al contrario han sempre goduto ottima salute, essendo stati tutti e due di forte costituzione. L'ultimo è vivente; sta bene.

La donna attualmente è, come ho detto, incinta e fa datare la sua gestazione dalla fine di settembre 1890. Su questo punto però la cosa non è chiara, giacchè l'epoca mestruale non ha potuto essere indiscutibilmente fissata. Ed in vero la gestante ha partorito l'ultima volta nel mese di giugno dell'anno scorso ed ha continuamente avuto leggiere perdite sanguigne dagli organi genitali; malgrado tale inconveniente i rapporti sessuali non sono mai mancati. Al 22 settembre ultimo lo scolo sanguigno cessò per non più ritornare e la gestante fa rimontare giusto a quell'epoca la data dell'inizio della sua gravidanza. Sicchè, si sarebbe, stando al solo ed incerto dato della mestruazione, in corso dell'8.° mese di gravidanza. Nè altrimenti mi è dato fare la diagnosi essendo da una parte il volume del ventre eccessivamente aumentato per idropisia dell'amnios e quindi non in rapporto col volume del feto, e non avendo dall'altra avvertito la gestante i movimenti attivi fetali che qualche rarissima volta ed in questi ultimi tempi solamente.

* * *

La gestante è di mediocre costituzione, di temperamento linfatico, alquanto pallida, ma discretamente nutrita. Il decorso dell'attuale gravidanza è stato dei più normali. La gestante non ha avuto, massime nei primi mesi, emozioni di sorta, nè piacevoli nè dolorose e giammai colpi sul ventre. Su questo punto ho insistito a più riprese anco dopo il parto, e non mi è riescito rintracciare nessuna delle tante cause invocate dai teratologi per spiegare le anomalie di sviluppo. Aggiungo di più, che la donna non ha mai sofferto di reumatismo, è stata sempre immune da contagio celtico, nè è dedita alle bevande alcooliche in genere. Un altro fatto degno di nota, e su cui torneremo più tardi, è che la donna non ha, durante quest'ultima gravidanza, sofferto nè febbre nè nausee o vomiti, ciò che per altro non ha avuto mai nemmanco in tutte le altre sue gravidanze, non ostante abbia sempre avuto il ventre grosso, circostanza codesta che potrebbe far nascere l'idea della esistenza d'un idramnios

in ciascuna gravidanza; ma di ciò nessun dato certo. Avverte solamente in questo momento un piccolo dolore vivo, localizzato sotto la mammella sinistra che aumenta nell'atto inspiratorio; data da qualche giorno solamente e lo attribuisco, dopo minuto esame della regione, alla distensione di qualche filetto nervoso.

***

All'ispezione generale, ciò che maggiormente attira la mia attenzione è lo stato delle mammelle ed il volume del ventre.

Le mammelle sono, attualmente, 8.° mese di gravidanza, atrofiche. Piccolissime quando la gestante era nubile, sono leggiermente aumentate dopo il matrimonio ed all'occasione del primo parto; le glandole non si sono però in tale occasione gran fatto ipertrofizzate e la secrezione lattea è stata appena accennata. Dopo il puerperio le mammelle si sono completamente atrofizzate tanto che un uomo avrebbe potuto presentare le regioni mammarie più sviluppate di lei.

Nelle successive gravidanze le glandole mammarie non si sono punto risentite e sono rimaste tali quali si avevano allo infuori dello stato gestante. E di tutte le modificazioni che la gravidanza apporta in tali organi solo il capezzolo se n'è risentito, divenendo eccessivamente grosso, fosco e contornato alla base da parecchi corpuscoli di Montgomery. Premuto il capezzolo dà qualche goccia di sierosità. Cessato il puerperio i corpuscoli spariscono ed il capezzolo perde il colorito fosco acquistato e ridiviene piccolissimo.

Nella gravidanza in corso le cose non sono accadute diversamente perciò che concerne le mammelle tanto prima quanto dopo il parto. Esamino insieme col chiarissimo prof. Sergi le mammelle di questa donna in 5.ª giornata di puerperio, epoca in cui devono essere maggiormente sviluppate, ed ecco in quali condizioni le troviamo. Vedonsi le regioni mammarie lisce come in una ragazza dai 10 ai 12 anni; la pelle è di colorito simile a quella del resto del torace senza areola e senza corpuscoli. Pigiati nelle dita i tessuti della regione, si trova la pelle assottigliata ed unita al sottostante muscolo da lasso tessuto connettivale, ma non si trovano punto quegli speciali gomitoli dovuti all'ipertrofia glandolare che aumentano moltissimo dopo il parto per la discesa del latte. In mezzo a questi tessuti che non sono stati nè punto nè poco modificati dall'influenza della gravidanza, sorge un capezzolo voluminoso, fosco, ruvido, dall'aspetto muriforme e contornato alla base da tre o quattro grossi corpuscoli. Premuto tra le dita lascia scappare qualche gocciolina di colostro.

Ricordandomi del fatto della Teresa Ventre (1) che avea una grossa mammella sopra una coscia con cui potè, durante 32 mesi, allattare bambini, esaminai attentamente tutto il corpo per vedere se si fosse qualche mammella supplementaria, ma non ne scorsi alcun accenno.

Questo fatto patologico delle glandole mammarie non deve prendersi, ritengo, in senso assoluto, giacchè se avessimo potuto sezionare le regioni mammarie avremmo certo trovato tessuto glandolare propriamente detto, più o meno modificato, poichè esce dal capezzolo qualche goccia di colostro. Ora noi sappiamo dalla fisiologia che ben anco il colostro non può venire se non da qualche acino glandolare, non essendo il colostro che un primo stadio del latte, composto cioè di cellule epiteliali riempite di granulazioni grasse e costituenti i così detti *corpi muriformi*, i quali distaccati dalle pareti e dopo aver percorso qualche tratto del canale galattofero, scoppiano mettendo in libertà tutti i globuli che lo compongono, ciò che costituisce la parte solida del latte.

Però all'esame superficiale sul vivente e per l'ufficio a cui sono adibite nel puerperio, le glandole mammarie di questa donna possono ben dirsi clinicamente atrofiche. Questo fatto lo invocheremo più tardi per metterlo in rapporto coll'evoluzione *post partum* dell'utero.

Il volume del ventre colpisce anche, essendo l'addome enormemente sviluppato: misura, dal bordo superiore del pube al fondo della matrice che si perde sotto le costole, 52 cent. e 115 nella sua massima circonferenza al livello dell'ombelico; volume, lo ripeto, non in rapporto coll'età della gravidanza che sarebbe, stando all'opinione della gestante, nel corso dell'8.º mese. Il ventre ha una forma sferica, liscia, con pareti sottili, tese, non cedevoli ed immediatamente accollate all'utero sottostante anch'esso, naturalmente, eccessivamente disteso.

Nulla di rimarchevole nel resto del corpo; appena un accenno d'edema agli arti inferiori ed agli organi genitali.

L'urina contiene traccie d'albumina.

* * *

L'esame ostetrico è in grandissima parte negativo. Difatti, è impossibile potere colla palpazione, accuratamente e metodicamente eseguita, percepire il minimo dato che abbia rapporto colla esistenza d'un feto nell'utero. Si ha chiaramente però questo fatto: la contrazione ed il rilasciamento dell'utero.

Colla percussione si ha mattità uniforme e generale su tutto l'am-

---

(1) La Torre. « Il mio primo anno di pratica, ecc. » Bolis, Bergamo, 1891, p. 130

bito del ventre, che non cambia punto col mutare di posizione la donna, ed un senso chiarissimo di fluttuazione. L'ascoltazione, eseguita su varii punti ed in diverse posizioni della gestante, è perfettamente muta.

Il riscontro vaginale invece ci fornisce segni interessanti: il collo dell'utero è corto, mollastro, aperto ma non lacerato; il segmento inferiore, tutto intiero, è disceso come un grosso tumore nello scavo; è assottigliato, teso ma depremibile e dà, esercitando sul dito una pressione brusca, senso di fluttuazione. Malgrado ciò, mi è impossibile arrivare sopra una qualsiasi parte fetale, e sono per ritirare il dito quando spingendolo a caso molto in alto, ricevo un colpo sul dito esploratore; simile urto l'ho quasi contemporaneamente al fondo dell'utero, ove ho poggiato l'altra mano. Il dubbio quindi della presenza di prodotti di concepimento nella cavità uterina non può più esistere, poichè nessun altro stato, patologico o no, può dare simile sensazione; la donna è incinta.

Il caso però non mi pare semplice, essendovi complicazione d'un vero idramnios, per cui impegno la malata a rivenire l'indomani per essere ricevuta nell'Istituto.

* * *

Nella notte, al dolore all'ipocondrio, se ne aggiungono altri vaganti pell'addome e nella regione dei reni, e temendosi perciò che la gestante sgravasse si chiama una levatrice, la quale spaventata per non aver potuto sentire nulla, determina la paziente ad entrare nel mio Istituto e vi ci viene alla dimane.

Nella mattinata del 23 riesamino la gestante; nulla d'immutato per quanto corcerne la palpazione e l'ascoltazione; l'esame per la vagina mi fornisce invece dati preziosi. Il dito esploratore avverte di tempo in in tempo, attraverso il segmento inferiore assottigliato, una parte fetale dura, bernoccoluta e scabra come se si toccasse un bordo osseo; altre volte si sente una parte con piccole appendici senza poter determinare di che natura sono, poichè la parte fetale sfugge al minimo contatto palleggiando con estrema facilità. Un fatto però che mi colpisce fino dal primo esame e che sovente constato, è che il prodotto del concepimento non ha movimenti attivi, regolari, ma convulsivi, disordinati e più facilmente percepibili verso il fondo della matrice. Questi movimenti essendo causati dai piedi che sono verso l'alto, è facile inferire che la parte fetale che si presenta allo stretto sia l'estremità cefalica.

È stato per tutte queste particolarità che il caso mi parve interessante e formò oggetto di lezione facendovi una larga discussione.

(Continua).

ISTITUTO OSTETRICO-GINECOLOGICO DI NAPOLI
diretto dal Senatore Prof. O. Morisani.

Operazioni complementari del taglio cesareo

STUDIO STORICO-CLINICO-CRITICO

DEL

Dott. FRANCESCO CARUSO
già Assistente nell' Istituto suddetto.

(Continuazione, vedi pagina 436).

CAPITOLO IV.

Amputazione utero-ovarica.

(Operazione Porro) (1).

« In der That bedeutete die Porro-Operation trotz ihres heroischen, die Gebärorgane opfernden Radicalismus einem mächtigen Aufschwung, weil sie mit einem Schlage die beiden Hauptgefahren des alten Kaiserschnittes, Blutung und Peritonitis, auszumerzen verhiess. Die Porro-Operation hatte auch im besten Sinne etwas. " Revolutionäres ,, an sich, insofern sie bahnbrechend wirkte und zu Erneurungen, Verbesserungen auf dem Gebiete des Kaiserschnittes überhaupt den rechten Anstoss gab. »

Saenger (2).

Parte storica.

Già fin dal 1768 Giuseppe Cavallini, maestro di chirurgia in S. Maria Nuova di Firenze, aveva pubblicato un resoconto di alcuni suoi esperi-

(1) Ad onta che, per le fasi cui è andata incontro l'operazione Porro, il concetto di essa rientri oggi, a rigore, in quello più vasto dell'amputazione utero-ovarica cesarea, pur tuttavia ho creduto conservare a questa, in omaggio a colui che pel primo con animo deliberato e dopo lunga preparazione la traduceva in pratica, il nome di operazione Porro.

(2) « Neue Beiträge zur Kaiserschnitt frage. » *Arch. f. Gynäk.*, Bd. XXVI, Hft. 2, 1885, p. 164-5.

menti di estirpazione d'utero negli animali, ed aveva pensato che questa operazione potesse in epoca più fortunata tentarsi con successo anche nella donna (1).

G. Ph. Michaelis, medico in Harburg, aveva proposto nel 1809 la estirpazione totale dell'utero dopo il taglio cesareo per togliere la possibilità di una successiva gestazione, e sopratutto per scemare la forte reazione che produce sugli altri organi l'utero ferito (2). Questa proposta,

---

(1) « Tentamina medico-chirurgica de felici in quibusdam animantibus uteri extractione etc. » Florentiae, 1768, citati dal CORRADI: « Storia della Chirurgia in Italia, » capo 82, p. 538. Il Cavallini fu spinto a fare questi esperimenti dal celebre A. Cocchi, suo maestro, per determinare la gravità dell'estirpazione della matrice nell'intento di ricorrere a questo espediente, onde curare il cancro uterino. Nel 1760 l'A. cominciò col sezionare una cagna morta di recente per formarsi un'idea del sito, della forma e dei rapporti dell'utero. Indi fece un primo esperimento su di una cagna, poi su altre quattro cagne e su due pecore. In tutti questi esperimenti l'apertura dell'addome cadde sulla linea alba, e venne fatta l'esportazione dell'utero, previa applicazione di un cingolo su quella parte del collo che più s'accosta alla vagina. Tutti gli animali sopravvissero, se se ne eccettuino una cagna morta per ferita della vescica ed una pecora, in cui dopo 7 giorni, in seguito di grave traumatismo, si riaprì la ferita addominale. Posteriormente, ripetendo gli esperimenti su quattro cagne, l'A. modificava il processo operativo, in quanto che faceva cadere l'incisione delle pareti addominali non più sulla linea alba, ma lungo una linea obliqua estesa dall'arco pubico alle costole spurie di sinistra. Infine il Cavallini volle sperimentare anche su di un utero puerperale; e in una cagna gravida quasi prossima al parto, incisa la linea alba, eventrò prima il corno sinistro, poi il destro ed in ultimo tirò fuori dalla pelvi il resto dell'utero: applicato un laccio sulla vagina, ne separò l'utero d'un colpo. Recisi i vasi recantisi agli estremi dei corni uterini, portò via l'utero pregno di 9 feti. L'animale moriva in 4.ª giornata per emorragia, essendosi rinvenuta all'autopsia gran copia di sangue nell'addome, accidente, che a dire dell'A. avrebbe potuto evitarsi se fossero stati legati i vasi uterini, *quod quidem obiter monendum erat, ne inanis haemorragiae metus ab id generis tentaminibus timidiores deterreret animos* (p. 32). Dopo di aver descritti gli esperimenti, l'A. scriveva queste parole: *At liceat superius recensita tentamina votis nostris satis abunde respondisse videatur, haud tamen de secando humano utero per abdomen consilium ita indubium, tutumque reddunt, ut experimentum proponere, ne dum tentare in hominibus ausim* (p. 33); e più sotto, come conclusione dello scritto: *Quibus omnibus rite perpensis illud in praesentiarum adserere non dubitarim uterum quidem vitae humanae nequaquam esse necessarium, sed non nisi moltiplici id generis experimentorum serie nos posse certiores fieri an liceat illum impune ab humano corpore evellere, quod forte felicior aetas obtinebit. Nobis vero in animantibus specimen dedisse sit satis* (p. 36-37). Come si vede, il Cavallini mostrava con gli esperimenti che si potesse asportare l'utero dagli animali, non pure fuori lo stato di gravidanza, ma anche durante questa, senza però addentrarsi nella quistione se si dovesse fare più l'ablazione sopra-vaginale del viscere, o l'esportazione totale, e senza manifestare l'idea che siffatte operazioni potessero essere tentate come mezzo atto a diminuire la mortalità del taglio cesareo. Ho voluto fare questa recensione piuttosto minuziosa del lavoro del Cavallini per mettere meglio in sodo con quale scopo questi intraprendesse l'estirpazione d'utero negli animali, in qual maniera la praticasse, e quali conclusioni traesse dalle sue esperienze.

(2) *Siebold's Lucina*, 1809, Bd. V, Strick 1, S. 89, Note **.

qualificata come stravagante da Ed. Casp. Jac. von Siebold (1), dal Kilian (2) e, al dire di questi, da tutti gli operatori, fu accolta invece con favore da Stein il giovane (3).

J. Blundell nella memoria letta dinanzi alla Società medico-chirurgica di Londra (4) aveva consigliato l'estirpazione totale dell'utero dopo il taglio cesareo, allo scopo di migliorare la prognosi di quest'operazione, proponendosi di fare esperimenti a conforto della sua tesi. Questi esperimenti vennero da lui eseguiti dal 1824 al 28; delle quattro coniglie, cui fu estirpato l'utero, tre guarirono. Fondandosi su questo felice risultato, il Blundell ne conchiudeva che con la rimozione dell' utero potessero essere notevolmente diminuiti i pericoli dell'operazione cesarea, venendosi con questo metodo a sostituire una ferita sottratta all' azzardo e di piccola estensione ad una più grande e non assicurata per niente da una legatura (5).

Nel 1862 Feser (citato dal Fogliata), estirpava l' utero a quattro cagne gravide, ottenendo due guarigioni (6).

Il 21 luglio 1868 Orazio Storer, di Boston, aveva intrapreso l'amputazione utero-ovarica cesarea in un caso di mio-fibromi multipli per rimediare alla gravissima emorragia sorta a seguito del taglio della matrice (7).

Nel 1874 Giacinto Fogliata, zooiatria della scuola di Pisa, asportava l'utero ad una gatta, in travaglio di parto da 15 giorni, la quale moriva tre ore dopo l'operazione. Di questo caso, e di altri di estirpazione di utero in animali fuori gestazione, compiute da lui e dal Vacchetta, il Fogliata dava notizia in una importante memoria (8), nella quale giungeva alla conclusione, che l'asportazione dell'utero si dovesse sostituire alla semplice gastro-isterotomia in quelle circostanze nelle quali le carni

---

(1) « Abbildungen aus dem Gesammtgebiete der teoretisch-pracktischen Geburtshülfe etc. » Berlin, 1835, p. 323.

(2) « Die operative Geburtshülfe. » Bd. II, p. 716, Bonn, 1849.

(3) « Lehre der Geburtshülfe etc. » Parte II, p. 476.

(4) Loco citato.

(5) Risc. le letture fatte al Guy's Hospital nel 1828. *The Lancet,* Vol. II, p. 167, London, 1828.

(6) Si consultino i trattati di chirurgia operatoria veterinaria di Hering e Förster.

(7) « Estirpation of the puerperal uterus by the abdominal section. » In: *Journ. of the Gynec. Soc. of Boston.* Vol. I, N. 4, p. 223, 1869.

(8) « Contribuzione allo studio della amputazione dell' utero negli animali domestici. » In: *Giornale di Anatomia, Fisiologia e Patologia degli animali,* sett. e ott. 1875. — Si legga il capitolo intitolato: « Dell' esportazione dell' utero a mezzo della gastrotomia come mezzo di cura in alcuni casi di parto impossibile, » pag. 255-69.

uterine fossero profondamente alterate per la lunga durata del travaglio o per i precedenti tentativi di liberazione.

Questo era lo stato della scienza intorno alla quistione dell'estirpazione dell'utero quale presidio di taglio cesareo, allorquando il prof. Porro, che fin dal 1874 aveva asportato la matrice a tre coniglie gravide con successo, convinto da una parte dell' impotenza della sutura uterina a scongiurare i pericoli capitali dell'operazione cesarea, la sepsi e l'emorragia, e colpito d'altro canto dalla tecnica operativa e dai successi ottenuti, specie dal Pean, nell'ablazione dell'utero miomatoso a mezzo della gastrotomia, si accinse a completare il taglio cesareo con l'amputazione utero-ovarica. L'atto operativo, eseguito il 21 maggio 1876 in persona di una rachitica, fu coronato da esito felice per la madre e pel feto. Il Porro allora pubblicò la sua classica memoria (1), esponendovi i particolari del caso, la tecnica operativa seguita e le possibili modificazioni della nuova operazione.

Qui va ricordato come il Rein di Pietroburgo eseguisse nello stesso anno una serie di estirpazioni di utero in gatte e coniglie gravide; e di queste esperienze e del metodo operativo tenuto, avente per iscopo di estirpare l'utero senza perdita di sangue, dava comunicazione preventiva nei giornali russi nell'agosto e nel settembre e alla Società dei medici russi di Pietroburgo il 16 ottobre 1876 (2).

Intanto, fattasi nota l' operazione dell' ostetrico italiano, subito parecchi si diedero ad esperirla; e fin dal principio essa venne accettata come rivale del taglio cesareo classico, e la si praticò nei limiti delle indicazioni di questo. Epperò l' anno 1876 segna il principio di una nuova fase nella storia del taglio cesareo. Fra i primi a praticare l'operazione Porro meritano di essere menzionati l' Inzani, il Previtali, il Chiara, il Franzolini, il Tibone ecc., presso di noi; l'Hegar, il Müller, il Litzmann in Germania; lo Späth, il Braun (C.), il Breisky in Austria; il Fochier, il Tarnier, il Lucas Championnière in Francia; il Wasseige nel Belgio. I casi di Späth (22. VI. 1877) e di Tarnier (20. III. 1879) contribuirono molto alla diffusione dell' operazione, poichè furono i primi esempi di taglio cesareo seguiti da guarigione in questo secolo a Vienna ed a Parigi. Ben tosto, andando sempre più crescendo il favore per la

---

(1) « Della amputazione utero-ovarica come complemento di taglio cesareo. » Milano, 1876.

(2) *Medicinsky Westnik*, 1876, N. 44.

nuova operazione, questa si generalizzò fra gli ostetrici di tutte le nazioni civili, e finì per regnare quasi senza contrasto. Ma la reazione non si fece a lungo aspettare; e a seguito dei perfezionamenti introdotti nel tecnicismo del taglio cesareo conservatore a partire dal 1882 in poi, specie per opera di Sänger, Kehrer e Leopold, l'operazione conservatrice, completamente riabilitata, riprese il suo posto, mentre l'operazione Porro andò perdendo di giorno in giorno terreno fino a ridursi a metodo di eccezione.

Intanto che tutto ciò accadeva, non pochi operatori si davano a perfezionare il tecnicismo dell'operazione, dapprima migliorando il trattamento extraperitoneale del peduncolo, poi, sull'esempio di quanto era stato fatto pel moncone delle cisti ovariche, cercando di sostituirvi l'intraperitoneale: inoltre si sperimentavano altri modi di trattamento, quali l'inversione del moncone, il governo intraparietale e il retro o subperitoneale. Una lotta piuttosto vivace s'impegnava fra i partigiani di questi diversi procedimenti, la quale non ancora può dirsi chiusa; però in oggi la maggioranza degli ostetrici propende pel trattamento intraperitoneale alla Schröder, più o meno modificato.

Casuistica.

Se io facessi uno studio casuistico generale dell'amputatione utero-ovarica puerperale, uscirei dai limiti del mio compito. A me incombe invece di occuparmi soltanto dei casi di ablazione sopravaginale dell'utero e degli annessi, esperita come complemento di taglio cesareo. Siccome non si è tenuto da parecchi una linea di condotta razionale nel raccogliere questi casi, e si è voluto rimpinzare la statistica di osservazioni che non hanno diritto a trovarvi posto, così è utile che io stabilisca quali casi meritino di essere compresi sotto la denominazione di amputazione utero-ovarica cesarea. In quest'operazione sono racchiusi due concetti: l'uno del taglio cesareo, di aprire cioè artificialmente, mercè incisione inferta al ventre e all'utero, una via al prodotto del concepimento maturo, o per lo meno vitale, che non potrebbe altrimenti venir fuori dalle vie naturali, o senza che ne sia lesa la sua integrità; l'altro dell'amputazione consecutiva del corpo dell'utero e degli annessi. Sulla scorta di questi dati ho escluso dalla mia casuistica:

1.° I casi di amputazione sopravaginale dell'utero gravido, operati

prima dell' epoca della vitalità fetale, allo scopo di estirpare un miofibroma uterino (1), un tumore dell'ovaio (2) o della tromba (3) in causa della grave sintomatologia destata da questi neoplasmi. Imperocchè un atto operativo simile non ha menomamente per obbiettivo il taglio cesareo, sibbene l'ablazione d'un tumore immedesimato con la matrice da non potersene separare; il fatto della gestazione diventa d'una importanza secondaria.

---

(1) Si consulti al riguardo la prelodata dissertazione del PESTALOZZA: « Fibromi d'utero e gravidanza » a pag. 110-12. Ai 22 casi raccolti dall'A. vanno aggiunti i seguenti:

1. A. MARTIN (Berlin). 5. I. 1885. 34 anni. Gravidanza in 6.° mese. Feto morto da 4 mesi. Morte per peritonite emorragica. (M. GÖRDES. « Schwangerschaft und Neubildung. » *Zeitschr. für Geburtsh. und Gyn.*, Bd. XX, 1890).

2. FREUND sen. (Strassburg). 18. XI. 1886. 42 anni. Miomi multipli. Gravidanza fra il 6.° e il 6 1[2 mese riconosciuta durante l'operazione. Rimozione dei tumori sottosierosi più grossi (uno quanto una testa di feto maturo). Amput. ut. ovarica con tratt. extraper. del peduncolo a causa dell'emorragia infrenabile. Feto immaturo morto poco dopo. Morte della madre il 20. XI. per embolia dell'art. pulmonare e incipiente peritonite. (Comunic. epist. dell'Oper.)

3. A. MARTIN (Berlin). 25. VI. 1888. Miomi interstiziali. Gravidanza dal 3.° al 4.° mese. Morte in 11.ª giornata. (GÖRDES, Ibid).

4. SPRINGSFELD (Bonn). 15. IX. 1888. Miomi interstiziali. Gravidanza in 5.° mese. Guarigione. (R. BATTES. « Die supravaginale Amputation des graviden Uterus wegen Myom. » In. Diss., Bonn, 1889).

5. T. WYDER (Zürich). 2, XI. 1889. 36 anni. Miomi multipli, in parte sottosierosi, in parte interstiziali. Gravidanza in 3.° mese. Trattam. intraper. del peduncolo. Guarigione. (C. HAUSER. « Zur Casuistik der supravaginalen Amputation des schwangeren myomatös degenerirten Uterus. » *Arch. f. Gyn.*, Bd. XLI, Hft. 1 e 2, pag. 222-43).

6. PHENOMENOFF (Kasan). 6. V. 1890. 32 anni. Miomi multipli. Trattam. intraper. Guarigione. (TER-MIKAELIANZ, *Wratsch*, 1892, p. 472-92).

7. KASCHKAROFF (Jaroslaw-Russia). 9. VIII. 1890. 40 anni, XIIIpara. Gravidanza al 5.° mese. Hydramnios. Tratt. intrap. del moncono. Guarigione. (Comunic. dell'A. alla Soc. Ost. e Gin. di Berlino nella tornata del 24. X. 1890. *Centralbl. f. Gyn.*, 1889, N. 49, p. 889-90).

8. MENDES DE LEON (Amsterdam). 15. IX. 1890. 35 anni, Igravida. Cistofibroma. Gravidanza in 5.° mese. Tratt. intraper. Guarigione. (*Tijdschr. v. Verl. en Gyn.*, Vol. III, p. 133).

9. BOUILLY (Paris). 1890. Igravida. Gravidanza in 4.° mese. Tratt. extraper. Guarigione. (*Bull. de la Soc. de Chir.*, 1890; e comun. epist. dell'Oper.)

10. St. SUTTON. Gravidanza in 5.° mese. Mioma avente sede nel fondo. Guarigione. (*The Cinc. Lancet-Clinic.*, 1891, p. 9).

11. SALIN (Stokholm). 44 anni. VIIgravida. Tumore intraleg. Tratt. intraper. Guarigione. (*Hygiea*, 1891, Vol. 53.° N. 4).

Sono in tutto 33 casi con 22 guarigioni. Mortalità complessiva 33. 33 0[0.

(2) Caso di MOSETIG-MOORHOF. Cisti dermoide dell'ovaio sinistro. Durante l'operazione viene ferito il peritoneo dell'utero, gravido al quarto mese; e poichè il punto leso sanguinava, e l'aborto, da aspettarsi sicuramente, poteva dar luogo all'esito letale, fu asportato anche l'utero. Governo extraperitoneale del peduncolo. L'altro ovaio rimase in sito. Guarigione. (« Laparo-Cystovario-Hysterotomie bei vorhandener Schwangerschaft. » *Wien med. Woch.*, 1881, N. 29); e caso di G. FORTESCUE (riportato da Godson, *Brit. med. journ.*, 17 jan. 1885).

(3) Caso di SACRÉ (Bruxelles), che l'A. pubblicava con la qualifica di operazione Porro. 15. V. 1889. Multipara. Pyosalpinx duplex complicante la gestazione in 6.° mese. Feto morto. Guarigione. (*Bull. de la Soc. belge de Gyn. et d'Obst.*, 1889, N. 1).

2.° I casi di amputazione utero-ovarica per rottura uterina con passaggio parziale o totale del feto nel cavo addominale (1), perciocchè in tali circostanze l'ovaro-isterectomia non è il complemento del taglio

---

(1) Sono da porsi in questa categoria, oltre i casi di Prévôt, v. Säxinger, Pasquali, Fornari, Marchand, Grigg, Violani, Slawiansky, Krassowsky, Fontana, Mason, contenuti nella tesi di M. Rösenträger (« Ueber einen Kaiserschnitt nach conservierender Methode nebst Statistik der Porro-Operation. » Inaug. Diss. Jena, 1889, p. 50-51), i seguenti:

1. Butruille e Godefroy. Rottura spontanea al 7.° mese di gravidanza. Morte. (*Bull. med. de Nord*, Lille, 1887, p. 267).

2. L. van d. Hooven. 23. IV. 1888, 40 anni. Vizio pelvico di 2.° grado. Feto passato con l'estremità cefalica nel cavo addominale. Trattamento intraperitoneale del moncone. Morte dopo 8 ore circa. (*Nederl Tijdschr. voor Geneeskunde*, 1888, N. 19).

3. H. Coe. 33 anni. Testa del feto passata nella cavità addominale. Tentativi di versione frustranei. Governo extraperitoneale del picciuolo. Guarigione. (*New-York med. Record*, 2 nov. 1889, p. 478).

4. Wiedow. 5. II. 1889. 44 anni, IIIpara. Laparotomia dopo 14 ore dall'avvenuta rottura. Feto idrocefalico tutto nella cavità addominale. Trattamento extraperitoneale dei peduncolo. Guarigione. (« Verhandl. d. dritten Kongresses der deutschen Gesellschaft f. Gynäk., » in Freiburg. *Centralbl. für Gynäk.*, 1889, N. 29, p. 501-2).

5. Kehrer. Bacino obliquo-ovalare. Uterus bicornis subseptus. Rottura a seguito di tentativi di versione. Trattamento extraperitoneale del moncone. Guarigione. (« Verhandl. d. dritten Kongress der deutschen Gesellschaft etc. » Ibid., p. 502.

6. F. Winckel. 16. II. 1889. 25 anni. IVpara. Trattamento intraperitoneale del moncone. Morte in 7.ª giornata per peritonite settica. (O. Schaeffer. « Ueber die Behandlung der Ruptura uteri mit kompletem Austritt des Kindes. » Inaug. Diss. München, 1889; e *Münch. med. Woch.*, 1889, p. 718 e 735).

7. G. H. van der Meij. Morte. (« Over roptura uteri gravidi. » *Nederl. Tijdschr. v. Verlosk. en Gyn.* Haarlem, 1889, vol. I, p. 235 e 279).

8. Stschetkin. Vpara. Bacino ristretto. La rottura ebbe luogo nel corso d'un parto prematuro artificiale. Governo extraperitoneale del moncone. Guarigione. (Comunicazione dell'A. alla Soc. ostet. e ginec. di Pietroburgo nella tornata del 15. III. 1890. *Centralbl. für Gynäk.*, 1890, N. 52, p. 939).

9. Biggar. IIIpara. Presentazione del tronco. Feto putrefatto. Guarigione. (*New-York med. Record*, 13 sept. 1890).

10. Underhill. Guarigione. (*Edinb. med. Journ.*, oct. 1890).

11. Mermann. 2. IX. 1890. 39 anni. Vpara. Bacino piatto-rachitico. Trattamento intraperitoneale del peduncolo, senza drenaggio. Guarigione. (« Zur Indikation und Technik der Operation nach Porro bei Gebärmutterzerreissung. » *Arch. für Gynäk.*, Bd. XXXIX, Hft. 3, p. 452-67).

12. Frank. 45 anni. Bacino osteomalacico. Inversione del peduncolo col processo dell'A. Morte in 9.ª giornata per nefrite. (Beaucamp. « Weiterer Beitrag zur Porro-Operation. » *Arch. für Gynäk.*, Bd. XL, Hft. 1, p. 120-21).

13. Fraisse e Godefroy. 14. IV. 1891. 27 anni. Vpara. Distocia per rigidità del collo e stenosi dell'orifizio (cicatrici cervicali consecutive a cauterizzazioni). Feto quasi tutto nella cavità addominale, estratto vivo, morto poco dopo. Trattamento extraperitoneale del moncone. Morte per collasso. (*Nouvell. Arch. d'Obst. et de Gynéc.*, luglio 1891, p. 348-53).

Sono in tutto 24 casi con 14 morti. Mortalità: 58. 33 0[0.

cesareo, ma della laparotomia praticata per l'estrazione del feto (Harris (1), Mangiagalli (2), Truzzi (3), ecc.) Nel mio quadro ho dato ricetto ad un caso solo di rottura di utero, a quello di G. Braun (4), perchè in esso l'amputazione utero-ovarica fu veramente il complemento del taglio cesareo. Difatti la rottura uterina era incompleta (peritoneo affatto integro); e il feto venne estratto mercè incisione alla parete della matrice, dopo di che si completò l'operazione con l'ablazione sopravaginale dell'utero e degli annessi. Per le stesse considerazioni Harris (5) opinava doversi dar posto nella casuistica dell'operazione Porro al caso analogo di Halbertsma (6).

3.° I casi di amputazione utero-ovarica in puerperio per infezione sorta in seguito di ritenzione delle secondine non altrimenti amovibili (7), o per infezione ed incoata degenerazione di fibro-miomi uterini coesistenti (8), o per rottura uterina determinatasi durante il parto (9).

---

(1) « Does the removal of a fetus by abdominal section, after a rupture of the uterus, constitute a « cesarean operation »; and is it proper to classify this Form of delivery with gastrohysterotomy, which has a different degree of fatality, both as regards the mother and fetus? » *Am. journ. of Obst. etc.*, oct. 1881.

(2) « Le più recenti modificaz. del taglio cesareo. » Studio stor.-crit. *Annali di Ostetr., ecc.*, 1883, p. 557.

(3) « Sulla operazione Porro. » *Annali universali di Medicina*, anno 1884, p. 12-13.

(4) « Verhandl. d. Geburtsh-Gynäk., Gesellschaft in Wien. » Sitzung am 11 Februar 1890. *Wien. med. Woch.*, 1890, N. 47.

(5) *The amer. journ. of the med. Sc.*, N. CLIII., *New-Ser.*, Jan. 1879.

(6) *Weekbl. v. h. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 1880, N. 36; e *Centralbl. für Gynäk.*, 1881, N. 12.

(7) Sono osservazioni congeneri quelle di:

B. S. Scultze. (*Deutsch. med. Woch.*, 1886, N. 44, p. 769, a torto inscritta dal Rosenträger fra le operazioni Porro genuine).

C. Stahl. (« Beitrag zur supravaginalen Amputation des puerperalen septischen Uterus. » In: *Beiträge zur Geburtsh. u. Gynäk.*, Festschrift für Hegar, Stuttgart, 1889, p. 31).

A. Sippel. (Citato da Stahl, Ibid.)

(8) Fanno parte di questa categoria i casi di:

Hegar. (« Die Extirpation grosser Fibromyome des Uterus durch die Laparotomie, und speciell durch die Amputatio uteri supravaginalis. » *Berlin. klin. Woch.*, 1876).

Freund. (« Bechler, Complication der Schwangerschaft und Geburt durch Fibromyome. » Inaug. Diss. Strassburg, 1885).

Odebrecht. (« Beitrag zur Frage der operativen Behandlung verjauchter Uterustumoren. » *Zeitschr. für Geburtsh. u. Gynäk.* Bd. XV, Hft. 1. Riscont. riguardo a questi casi la diss. del Pestalozza, p. 132-135).

(9) Vanno collocati in questo nuovo gruppo i casi di:

Andrews. Vpara. Feto estratto col forcipe, del peso di 9 1|2 libbre. Estrazione della placenta,

I casi poi di amputazione utero-ovarica per gravidanza verificatasi in utero abnorme, pur non escludendoli dal mio studio, ho creduto di aggrupparli a parte, a causa della loro speciale impronta.

Accennato così brevemente ai criteri che mi hanno guidato nella collezione delle varie osservazioni di amputazione utero-ovarica cesarea, a giustifica della pubblicazione della presente casuistica farò notare come, mentre pel periodo che corre dal 1876 a tutto il 1884 se ne possiede una generale, pressochè completa, nei quadri elaborati del Godson (1), non se ne ha ancora una simile a partire dal 1885 fin' oggi.

Nel fare la raccolta dei diversi casi mi sono avvalso delle tabelle del Truzzi (2), del Rosenträger (3), del Sänger (4), del Bertazzoli (5), non che delle comunicazioni epistolari di parecchi operatori: ciò non pertanto non ho la pretesa di dare un quadro casuistico completo, che non potrebbe del resto esser tale per l' indole stessa della ricerca.

Comprendendo la statistica Godson 152 casi, la mia, dovendo farle seguito, comincerà col N. 153.

---

incarcerata nella breccia uterina, per le vie naturali. L' operazione fu intrapresa nella speranza di suturare l' utero (*The Lancet*, London, 1887, 1, p. 820).

JAWCYNSKI. 12. XII. 1887. 28 anni. IIpara. Presentaz. del tronco. Rottura uterina. Versione ed estrazione d'un feto putrefatto. Secondamento col metodo Credé. Considerevole emorragia. Tratt. extraper. del moncone. Decorso post-operativo disturbato da molte complicanze (parametrite, phlegmasia alba dolens, pulmonite, fistola urinaria). Guarigione. (« Die Porro-Operation nach Uterus-ruptur in der Geburt. » *Gazeta lekarska*, 1888, N. 42. Rif. in: *Frommel's Jahresbericht über die Fortschr. auf d. Gebiete d. Geburtsh. und Gynäk.*, Bericht über d. Jahr 1889, Wiesbaden 1890, p. 319-20).

(1) C. GODSON. « Porro's Operation. » *Brit. med. Journ.*, 26 Jan., 1884; e « Porro's Operation. » A. Supplement, ibid., 17 Jan., 1885.

I lavori statistici non meno pregiati del Mangiagalli e del Truzzi (Loc. cit.), contengono quasi lo stesso numero di osservazioni, arrivando fino al 1.° ottobre 1884.

(2) « Sull' operazione Porro. » *Ann. univ. di Med.*, e « Ulteriore contributo allo studio dell' operazione Porro. » *Annali di Ostetricia ecc.*, 1890, p. 328-35.

(3) Loco citato.

(4) « Geburtshilfliche Operationslehre. » *Frommel's Jahresbericht über die Fortschritte auf dem Gebiet. der Geburtsh. u. Gynäk.*, 1887, 88, 89, 90.

(5) « Relazioni di tre operazioni Porro di cui due con affondamento del peduncolo. » *Annali di Ostetricia ecc.*, 1892, p. 120-26.

CASI DI AMPUTAZIONE UTERO-OV

Numero progr.	Data	Operatore e località	Età Num. dei parti	Indicazione	Stato della l nel momen della operaz
153	18. XI. 1878.	Van der Meij Amsterdam.	27 anni, Ipara.	Bacino rachitico.	—
154	7. XI. 1881.	Valenta Laibach.	42 anni, VIIIpara.	Bacino osteomalacico.	Discreto. Travaglio il giorno innanzi.
155	18. I. 1882.	J. M. Carafi Parigi.	43 anni.	Bacino rachitico-scoliotico. C. V. 5,1 cent.	Sfavorevole. Da tre travaglio.
156	15. III. 1882.	Krukenberg Bonn.	30 anni, IIIpara.	In agone.	Sclerosi disseminata nite catarrale. Ede monale.
157	3. XI. 1882.	Jassinsky Charkow.	24 anni, Ipara.	Bacino rachitico. Cifoscoliosi. C. V. 8 cent.	Favorevole. Inizio d glio da 2 ore.
158	14. XII. 1882.	Kehrer Heidelberg.	42 anni, XIIIpara.	Bacino osteomalacico. C. V. 5,5 cent.	Morbo di Bright e a Inizio dei dolori poc dell' operazione. delle membrane da
159	15. II. 1884.	G. Braun Vienna. 7.° caso.	30 anni, IVpara.	Bacino osteomalacico.	Denutriz. accentua strazione di forze.
160	20. II. 1884.	Cuzzi Vigevano. 2.° caso.	34 anni, VIIpara.	Carcinoma del collo e del segmento inferiore.	Quasi agonizzante.
161	12. III. 1884.	J. M. Rodriguez Messico.	18 anni, Ipara.	Bacino rachitico universalmente ristretto (nana).	Sfavorevole. Dispnea
162	2. V. 1884.	Franzolini Sarcento. 3.° caso.	Vpara.	Bacino osteomalacico. C. V. 6,4 cent.	Discreto. Travaglio d Acque colate.

COMPLEMENTO DI TAGLIO CESAREO.

PARTICOLARI L'OPERAZIONE	ESITO		OSSERVAZIONI	NOTA BIBLIOGRAFICA
	MADRE	FETO		
nto extraperitoneale cone.	†	Vivo.	L'operata soccombeva in quarta giornata molto probabilmente in seguito a peritonite settica. La autopsia non fu permessa.	« Bijdrage tot de statistick der keizersnede. » *Nederl. tijdschr. v. Verlosk. en Gynec. etc.*, 1.ª annata, 1.° fasc. 1889, p. 52-53.
e del moncone mercè lacci di seta. Tratt.	»	»	Notevole emorragia durante l'operaz. per essere la superficie di sezione dei legamenti larghi sfuggita alla strettura. Causa della morte, avvenuta 7 ore dopo: shock.	A. VALENTA. « Memorabilien. » 1884, p. 257.
traper. Costrizione con erro.	»	»	La morte si verificò in 2.ª giornata per emorragia dal moncone. Il feto moriva 4 giorni dopo l'operazione.	*Progrès méd.*, 1882, N. 33, p. 637.
dei parametrii. Sutura cosa del peritoneo del . Affondam. di questo.	»	Vivo.	L'operazione fu praticata nella 28.ª settimana della gravidanza. Il feto morì 16 ore dopo il parto.	« Beiträge zur Kaiserschnittfrage. » *Arch. f. Gynäk.*, Bd. XXVIII, Hft. 3.
traper.	»	»	La morte avvenne in 3.ª giornata per peritonite.	*Wien. med. Presse*, 1884, N. 43 e 45.
traper.	Guarigione.	†	La paziente moriva 72 giorni dopo l'operazione in seguito al morbo di Bright.	*Centralbl. f. Gynäk.*, 1884, N. 42.
traper.	†	Vivo.	—	TRUZZI, *Ann. univ. di Med.*, 1884.
traper.	»	»	I noduli carcinomatosi non avevano permesso il minimo grado di dilatazione dopo tre giorni di travaglio, originando invece un'emorragia profusissima. La paziente soccombeva in sesta giornata per peritonite settica leggiera, prodotta, pare, dalla mortificazione delle grosse masse cancerose utero-vaginali.	MANGIAGALLI, loco cit., e TRUZZI, Ibid.
traper. Serranodi Cin-	»	»	A operazione quasi ultimata il moncone sfuggiva in parte dalla strettura. Considerevole emorragia. Fu necessario legare l'arteria ovarica destra. Morte dopo 28 ore per shock e cirrosi epatica.	« Memorandum de la oper. cesár. y amput. úterovárica ejecutada por la primera vez en México. » México, 1884.
traper. Costrizione con	»	† premorto.	A guarigione già assicurata la donna moriva per pleuro-pulmonite (epidemica nel paese).	*Gazz. degli Ospit.*, 1884, N. 41 e 45, e TRUZZI, loco cit.

Numero progr.	Data	Operatore e località	Età Num. dei parti	Indicazione	Stato della d nel moment della operaz
163	17. V. 1884	Ulietti Bergamo.	34 anni, IVpara.	Bacino osteomalacico.	Già febbricitante e i di marasma. Durat del travaglio 3 gio
164	10. VI. 1884.	Comolli Como.	29 anni, Ipara	Bacino rachitico, asimmetrico. C. V. 5,5 cent.	Profonda denutrizio
165	19. VI. 1884.	Truzzi Milano.	25 anni, Ipara.	Bacino piatto-rachitico, asimmetrico. C. V. 6 cent.	Favorevole.
166	25. VI. 1884.	Breisky Praga. 5.° caso.	24 anni, Ipara.	Bacino rachitico (nana). C. V. 4,3-4,8 cent.	Favorevole.
167	15. VII. 1884.	Chiara Firenze. 6.° caso.	33 anni, Ipara.	Bacino rachitico, irregolarmente e totalmente ristretto. C. V. (autopsia) 4,5 cent.	Albuminuria grave meni uremici.
168	23. VII. 1884.	Guzzoni Pavia.	40 anni, VIIpara.	Bacino osteomalacico.	Favorevole. Dilatazi pleta.
169	23. VII. 1884.	R. Novi Napoli. 2.° caso.	33 anni, Ipara.	Bacino rachitico. C. V. 6,7 cent.	Favorevole. Travag na iniziato.
170	13. VIII. 1884.	Falaschi Siena.	22 anni, Ipara.	Bacino rachitico. C. V. 7 cent. circa.	Durata antec. del parto 86 ore circa uterino. Febbre. mento.
171	6. X. 1884.	Wiedow Freiburg i. B.	37 anni, VIIIpara.	Bacino osteomalacico.	Travagl. cominciato ore. Esaurimento.
172	1. XI. 1884.	Kleinvaechter Storozynetz Bukovina.	34 anni, IVpara.	Bacino osteomalacico. Indicazione assoluta.	Anemia profonda. D tecedente del tra ore circa. Membr.
173	1. XI. 1884.	Delaissement St. Quintin.	22 anni, Ipara.	Bacino piatto-rachitico. C. V. 4 cent.	Da 13 ore circa in parto.
174	3. XII. 1884.	Leroux Versailles.	24 anni, Ipara.	Osteo-sarcoma del sacro.	Da 60 ore in trava battimento consid

Particolari ell' operazione	Esito		Osservazioni	Nota bibliografica
	Madre	Feto		
xtraper. Leg. elastica.	†	Vivo.	In 10.ª giornata la paziente, già arrivata a regolare guarigione, veniva incolta da peritonite acutissima per perforazione intestinale.	Truzzi, loco cit.
xtraper. Serranodi Cin-	»	»	Atto operativo nella 2.ª quindicina del 9.° mese, a travaglio non iniziato. Morte in 4.ª giornata per peritonite settica.	Truzzi, Ibid.
xtraper. Serranodi Cin-	Guarigione.	»	Operazione prima dell'inizio del travaglio. Decorso consecutivo regolare.	Truzzi, Ibid.
xtraper. Trasfissione del colo con lungo ago e apone di due serranodi Cino sopra e l'altro sotto	»	»	Idramnios. Il bambino morì poco dopo per debolezza congenita.	Fleischmann, *Zeitschr. für Heilkunde*, Bd. VII, p. 323.
xtraper. Costrizione con lacciatore dello Chassaiodificato. Ago lanceolato ante la linguetta deleur.	†	»	Operazione prima dell'inizio del travaglio nella 2.ª quind. del 9.° mese. Morte dopo 24 ore per nefrite doppia acutissima diffusa; copioso idropericardio.	*Gazzetta med. di Torino* 15 sett. 1884.
xtraper. Costrizione con nse metalliche montate ranodi.	Guarigione.	»	—	*Gazzetta degli Ospitali*. 1886, N. 6, 7, 8.
xtraper.	»	»	Decorso post-operativo alquanto burrascoso. Fu mestieri aprire il ventre per dare uscita all'essudato peritoneale, ed in seguito praticare drenaggio addomino-vaginale.	*Annali clin. dell'Osped. degli Incurabili*, anno 1887, p. 107-14.
xtraper. Serranodi Kö-	†	»	L'operata morì in terza giornata per peritonite. Il feto cessava di vivere 22 ore dopo il parto.	Comunicaz. dell'Op. alla Soc. tra i cultori della Sc. med. in Siena. *Boll. della Società*, luglio-agosto 1884.
tura delle arterie sper- e. Tratt. extraper. Suel peritoneo parietale col ale.	»	»	La morte ebbe luogo in 20.ª giornata per peritonite settica.	Kissel, loco cit.
xtraper. Costrizione con elastico. Sutura del pe- parietale con l'uterino. di Spencer Wells. Dre- nell'angolo inferiore erita.	Guarigione.	»	Guarigione completa dell'osteomalacia. (Marzo 1886).	« Beiträge zur Porro-Operation. » *Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, Bd. XII, Hft. 2.
extraper. Serranodi del t. Segmentazione in due cciuolo con filo di seta.	»	»	—	Comunicaz. dell'Op. alla Soc. di Med. del Dipartimento de l'Aisne, seduta del 18. XII. 1884. *Bull. med. de l'Aisne etc.*, 1887, p. 52-66.
xtraper. Segmentazione rizione del moncone con ferro.	†	†	Il decesso si verificava in 3.ª giornata per peritonite purulenta.	Boudon, loco cit., pagina 149-54.

Numero progr.	Data	Operatore e località	Età Num. dei parti	Indicazione	Stato della do nel moment della operazi
175	26. XII. 1884.	C. v. Braun Wien. 13.° caso.	26 anni, IIIpara.	Bacino osteomalacico.	Membrane integre. I vole.
176	4. I. 1885.	Leopold Dresden.	37 anni, IVpara.	Bacino piatto-rachitico. C. V. 5-5 1[2 cent.	Durata antecedente vaglio più di 2 giorn brane rotte da 2 1[2 Pestamento ed infi del collo uterino. della matrice. Tent versione infruttuos
177	13. I. 1885.	Chiara Firenze 7.° caso.	22 anni, Ipara.	Bacino piatto-rachitico, universalmente ristretto. C. V. 6,4-6,8 cent.	Favorevole. Inizio d vaglio.
178	6. II. 1885.	Truzzi Milano 2.° caso.	25 anni, IIIpara.	Ostruzione pelvica per fibro-sarcoma.	Sfavorevole. Acque da 40 ore.
179	1. III. 1885.	A. Macdonald Edinburgh.	23 anni, IIIpara.	Cisti dermoide dell'ovario sinistro. (Si era fatta diagnosi di miofibroma della parete posteriore dell'utero).	Inizio del travaglio ore.
180	24. III. 1885.	Menzel. Breslau.	30 anni, Ipara.	Bacino rachitico. C. V. 6,0-6,5 cent.	Sfavorevole. Travag ziato da 6 1[2 gior tura delle membra giorni. Craniotomia nioclastia.
181	13. IV. 1885.	J. Arnott Bombay.	30 anni.	Bacino osteomalac. C. V. 1 1[4. poll.	Molto sfavorevole. di travaglio. Tenta infruttuosi di crani
182	1885.	J. Arnott Ibid. 2.° caso.	22 anni.	Bacino angusto.	Sfavorevole. Temp. Polsi 120. Tentativ di craniotomia.
183	28. IV. 1885.	Omori e Ikeda Fukuoka. (Giappone).	IIpara.	Stenosi della vagina.	Sfavorevole.
184	4. V. 1885.	Breisky Prag. 6.° caso.	27 anni, Ipara.	Bacino rachitico. C. V. 7,9-8,4 cent.	Sfavorevole. Trava minciato da 36 ore; delle membrane da
185	10. V. 1885.	Calderini Parma. 2.° caso.	39 anni, IIpara.	Bacino rachitico. C. V. 5,5 cent.	Favorevole.
186	27. V. 1885.	Mori Brescia.	—	Bacino rachitico. C. V. 7 cent.	Disperato. Ripetut cazioni di forcipe niotomia a domici

Particolari dell' operazione	Esito		Osservazioni	Nota bibliografica
	Madre	Feto		
extraper.	†	Vivo.	Fino al 5.° giorno apiressia, poi febbre, meteorismo. Apertura spontanea della ferita addominale in 7.ª giornata, riposizione delle budella, sutura secondaria. Morte al 9.° giorno por peritonite diffusa purulenta.	E. Braun u. Herzfeld. « Der Kaiserschnitt etc., bei engem Becken. » Wien, 1888.
extraperit. Sutura del peritoneo parietale con l'uterino.	Guarigione.	†	Emorragia capillare dal peduncolo al 2.° giorno, indi decorso normale. Il feto, venuto alla luce profondamente asfittico, moriva dopo 16 ore.	« Acht weitere Kaiserschnitte, fünf nach Sänger und drei nach Porro. » *Arch. f. Gynäkol.*, Bd. XXVIII, Hft. 1.
extraper. come nel caso dell'Oper.	»	Vivo.	Decorso post-operativo normale, tranne un' elevazione termica (39. 5) verificatasi al 4.° giorno.	« Casistica contributo alla tecnica della ovario-isterectomia comune e di quella cesarea. » *Annali di Ostetricia ecc.*, 1885, p. 290-96.
extraper. Serranodi Cin-Trasfissione del moncone sticina metallica.	†	»	Morte per occlusione intestinale e sepsi in 3.ª giornata.	*Ann. di Ostetr. ecc.*, 1890, p. 311-16.
extraper.	»	»	La donna morì dopo 12 ore per shock.	Comunicaz. dell'Op. alla Soc. Ost. di Edinburgo, tornata del 13. V. 1885. *Edinb. med. Journ.*, august 1885.
extraper.	»	†	L' operata soccombeva in 4.ª giornata per peritonite sottica.	*Centralbl. für Gyn.*, 1885. N. 15.
extraper.	»	† premorto.	Morte per infezione settica 4 ore dopo l'operazione.	Comunicazione epistolare dell'Operat. in data del 2. V. 1888.
extraper.	»	† premorto.	Morte in 3.ª giornata per setticemia.	Ibid.
extraperit. Costrizione clamp.	Guarigione.	Vivo.	Feto profondamente asfittico. Tracheotomia.	*Deutsch. med. Zeit.*, N. 41, 1886.
extraper. come nel caso dell'Oper.	»	»	—	Fleischmann, loco citato.
extraperit. Costrizione laccio elastico.	»	»	Operazione pochi giorni prima del termine della gravidanza.	« Di alcune laparotomie. » *Ateneo medico parmense*, anno III, fasc. I, 1889.
extraper.	†	† premorto.	Causa del decesso : shock.	Truzzi, *Annali di Ostetricia ecc.*, 1890.

Numero progr.	Data	Operatore e località	Età Num. dei parti	Indicazione	Stato della do nel momento della operazio
187	30. V. 1885.	Lesi Imola. 2.o caso.	23 anni, Ipara.	Stenosi di alto grado della vagina.	Favorevole.
188	4. VI. 1885.	Ulietti Bergamo. 2.° caso.	27 anni, Ipara.	Bacino rachitico. C. D. 6 cent.	Favorevole. Durata a dente del travaglio 5
189	8. VI. 1885.	C. Godson Londra. 2.° caso.	28 anni, Ipara.	Bacino rachitico. C. V. 2 1[4 poll.	Durata antecedente d prapparto 49 ore. P nite già incoata.
190	11. VI. 1885.	Inverardi Torino.	40 anni, Ipara.	Bacino rachit., pseudo-osteomalacico. C. O. 3 centimetri.	Favorevole. Operazion ma dell'inizio del trav
191	12. VI. 1885.	Kleinwaechter Wyznitz-Bukovina 2.° caso.	28 anni, Vpara.	Bacino osteomalacico.	Durata antec. del tra 3 giorni circa. Rottur membrane all'inizio d vaglio. Forte esaurin
192	10. VII. 1885.	Negri Novara. 2.° caso.	18 anni, Ipara.	Bacino rachitico. C. V. 3,5-4,0 centimetri.	Discreto. Lieve albumi
193	4. VIII. 1885.	Truzzi Milano. 3.° caso.	26 anni, IIpara.	Bacino osteomalacico.	Discreto. Fuori trava
194	8. VIII. 1885.	Ulietti Corvico. presso Bergamo. 3.° caso.	—	Ostruzione pelvica da tumore fibromatoso.	Favorevole.
195	2. IX. 1885.	Barsotti Lucca. 2.° caso.	—	Bacino osteomalacico.	Discreto.
196	21. IX. 1885.	Streng Prag.	29 anni, Vpara.	Ostruzione pelvica per enorme sarcoma plessiforme della metà sinistra del bacino.	—
197	26. IX. 1885.	Franzolini Udine. 4.° caso.	—	Bacino rachitico. C. V. 6,6 centimetri.	Appena discreto. L tentativi di rivolgime domicilio.
198	16. X. 1885.	Krassowski St. Petersburg.	44 anni, VIIIpara.	Tumore fibroso del lo scavo.	Debole. Travaglio comi da 26 ore.

Particolari ell' operazione	Esito		Osservazioni	Nota bibliografica
	Madre	Feto		
extraperit. Amputate le previa legatura.	Guarigione.	Vivo.	Era stata operata 7 anni prima di dissezione vaginale per dar esito al sangue mestruo.	*Il Raccogl. medico*, N. 7, 1885.
extraperit. Costrizione a.	»	»	—	*Annali di Ostetricia ecc.*, settem. e ottobre 1885, p. 437-39.
extraper. Serranodi Kö- Legatura con seta.	†	† in stato di maceraz.	Uscita degli intestini dall'addome durante l'operazione e poco tempo prima della morte, a causa del grande meteorismo che fece venir meno due punti di sutura. La morte si verificava 66 ore dopo l'oper. per periton.	« Porro's operation. » *Brit. med. journ.*, october 10, 1891.
e dell'utero a T rove- per avere un peduncolo Tratt. experit. Serranodi .	Guarigione.	Vivo.	—	*Gazz. delle Cliniche*, Torino 1886, N. 23 e 25.
xtraper. Laccio elastico. del peritoneo parietale rino.	»	† putrefatto.	Gravidanza alla fine dell'8.° mese. Miglioram. dell'osteomalacia.	Loco citato, p. 249.
xtraper. Costrizione con elastico e di seta.	»	»	Inizio di parto prematuro spontaneo al principio del 9.° mese.	*Ann. di Ostetricia, ecc.*, aprile-maggio 1886.
xtraper. Costrizione con ranodi Cintrat. Asta di ione attraverso il mon-	»	»	Gravidanza nella prima metà del 9.° mese.	*Gazzetta medica italiana.* Lombardia, 1886.
xtraper. Costrizione ela-	»	»	Regressione del fibroma.	Truzzi, *Annali di Ostetricia ecc.*, 1890.
xtraper. Serranodi Cin-	»	»	--	*Annali di Ostetricia ecc.*, 1885, p. 512.
ıtraper. alla Schröder.	†	»	Morte in 5.ª giornata per sepsi, avente punto di partenza dal tumore.	Vávra, Casopis ceskych lékaru, 1889, N. 9. Riv. in: *Centralbl. für Gyn.*, 1890, N. 3.
xtraper.	»	† asfittico non rianimato.	Causa della morte: peritonite.	Truzzi, *Annali di Ostetricia ecc.*, 1890.
a dei legamenti larghi di con filo di seta. Co- e elastica del moncone. extraper.	Guarigione.	Vivo.	Ernia addominale in vicinanza del moncone.	« Kurzer Bericht über die vom 16 Oct. 1885, bis zum 1 Jan. 1888 ausgeführten Kaiserschnitte in der St. Petersb. Gebäranstalt. » *Arch. für Gyn.*, Bd. XXXII, Hft. 2; e comun. epistolare dell' Op. in data del 18. XII. 1887.

Numero progr.	Data	Operatore e località	Età Num. dei parti	Indicazione	Stato della d nel moment della operazi
199	28. X. 1885.	Weiss Schwerin i. M.	26 anni, IVpara.	Stenosis vaginae.	Sfavorevole. In trav 70 ore. Rottura del brane all'inizio del parto.
200	1. XI. 1885.	Delesmare Paris.	22 anni, Ipara.	Bacino rachitico. C. V. 5 cent.	Favorevole.
201	6. XI. 1885.	C. v. Braun Vienna. 14.° caso.	27 anni, Ipara.	Bacino rachitico universalmente e irregolarmente ristretto. C. V. 4 cent.	Operazione prima de del travaglio.
202	8. XII. 1885.	Leopold Dresden. 2.° caso.	33 anni, Vpara.	Carcinoma primario della vagina.	Molto anemico. Colo gno-icoroso dalla v
203	1885.	Bode Dresden.	—	Carcinoma del collo e del cellulare pelvico.	—
204	1885.	Fibbi Spoleto.	32 anni, Ipara.	Fibro-miomi uterini.	Sfavorevole. Da 4 g travaglio.
205	28. I. 1886.	Steffan Amburgo.	Ipara.	Bacino rachitico. C. V. 5 cent.	Favorevole.
206	10. II. 1886.	Franzolini Strassoldo. 5.° caso.	—	Stenosi pelvica. C. V. 6,5 cent.	Favorevole.
207	16. II. 1886.	Leopold Dresden. 3.° caso.	32 anni, Vpara.	Carcinoma cervicis. C. V. 8 cent. circa.	Durata antec. del so to più di 24 ore. S tido dalla vagina.
208	3. III. 1886.	Scudellari Verona.	—	Bacino rachitico. C. V. 5 cent.	Convalescente di gr monite.
209	7. III. 1886.	Sacchi Cremona.	27 anni, Ipara.	Bacino totalmente e regolarmente ristretto. C. V. 6,2 cent.	Favorevole.
210	9. III. 1886.	Hofmeier Madeira.	46 anni, Ipara.	Ostruzione pelvica per miomi uterini.	Favorevole.

Particolari ll' operazione	Esito		Osservazioni	Nota bibliografica
	Madre	Feto		
xtraper. Laccio elastico.	Guarigione.	Vivo.	—	*Archiv. für Gynaek.*, Bd. XXVIII, Hft. 1.
xtraper.	»	»	—	*Revue de Chirurgie*, 1886, N. 3.
xtraper.	»	»	—	E. v. Braun u. Herzfeld, loco cit., p. 131.
xtraper. Legatura ela- utura del peritoneo pa- all'uterino.	»	»	Forte meteorismo in 2.ª giornata, collasso in 3.ª Dal 6.° giorno in poi decorso apiretico.	Leopold, loco cit.
xtraper.	»	† premorto.	—	Comunicaz. dell'Op. alla Soc. ost. gin. di Dresda, tornata del 5. XI. 1885.
e legatura dei lega- arghi con filo di seta. xtraper.	†	† premorto.	Nel dubbio trattarsi di una cisti ovarica, puntura esplorativa. Risultato negativo. La paziente moriva in capo a 24 ore per emorragia causata dalla caduta di uno dei lacci del legamento largo.	Comunicaz. dell'Op. alla 1.ª Riunione della Soc. ital. di Ostetr. e Ginec. in Perugia, tornata del 17. IX. 1885. *Annali di Ost. ecc.*, 1885, p. 430-32.
xtraper. Costrizione con elastico.	Guarigione.	Vivo.	Decorso post-operativo febbrile fino al 14.° giorno.	Comunicaz. dell'Op. alla Soc. Ost. di Amburgo, tornata del 2. III. 1886. *Centralbl. f. Gyn.*, 1886, N. 16.
xtraper.	»	»	—	Truzzi, *Annali di Ostetricia*, 1890.
xtraper. Costrizione con elastico. Sutura del pe- parietale all'uterino.	»	»	Dal 14.° giorno in poi psicosi (alcoholismus chronicus). Il feto colpito al 6.° giorno da pemfigo universale e catarro intestinale moriva in 30.ª giornata.	Leopold, loco citato.
xtraper. Costrizione ela-	»	»	Il feto soccombè dopo pochi giorni.	Truzzi, *Annali di Ostetricia*, 1890.
tazione del peduncolo con legatura separata delle , e cauterizzazione con ne concentrata di perclo- li ferro della superficie del moncone. Affonda-	†	»	La donna morì 10 ore dopo l'operazione a causa di emorragia dal peduncolo.	Truzzi, ibid., e Bertazzoli, loco citato.
zione dei miomi fissi, del peduncolo a piani o di seta e di catgut. Af- nento.	Guarigione.	»	—	Comunicaz. dell'Op. alla Soc. Ostetr. Ginec. di Berlino, seduta del 11 giugno 1886, e *Deutsch. med. Woch.*, 1886, N. 30.

Numero progr.	Data	Operatore e località	Età Num. dei parti	Indicazione	Stato della d nel momen della operaz
211	12. III. 1886.	Bischoff Basel.	45 anni, Ipara.	Bacino piatto, uniformemente ristretto. C. V. 8 cent.	Favorevole.
212	14. III. 1886.	Porro Milano. 6.° caso.	—	Bacino rachitico. C. V. 6,2 cent.	Molto denutrita, s per disturbi intest
213	20. III. 1886.	Carrara Brescia. 2.° caso.	—	Bacino pseudo-osteomalacico. C. V. 7 cent.	Discreto; però in da 3 ore.
214	13. IV. 1886.	Bischoff Basel. 2.° caso.	35 anni, IIpara.	Bacino rachitico-scoliotico. C. V. 7 cent.	—
215	19. IV. 1886.	Fasola Firenze.	30 anni, IIpara.	Emorragia infrenabile, ex atonia uteri dopo il taglio cesareo conservatore, fatto per bacino piatto-rachitico e leggiermente asimmetrico con C. V. di 6,8-7,0 cent.	Sfavorevole. Durat dente del soprap ore circa.
216	26. IV. 1886.	Mori Brescia. 2.° caso.	—	Bacino rachitico.	Sfavorevole. Tre g travaglio.
217	26. IV. 1886.	Freund e Bayer Strassburg.	Ipara.	Emorragia infrenabile, ex atonia uteri dopo il taglio cesareo conservatore, fatto a causa di bacino rachitico con C. V. 5,0-5,2 cent.	Sfavorevole. Inizio vaglio da 12 ore.
218	18. V. 1886.	Chiara Firenze. 8.° caso.	31 anni, IIIpara.	Bacino piatto-rachitico universalmente ristretto. C. D. 9 cent.	Fenomeni sospetti a pulmonari.
219	7. VI. 1886.	Tibone Torino. 6.° caso.	30 anni, Vpara.	Bacino osteomalac. C. D. 6,5 cent.	Discreto.
220	21. VI. 1886.	Chiara Firenze. 9.° caso.	21 anni, Ipara.	Bacino piatto-rachitico universalmente ristretto. C. V. 6,2-6,4 cent.	Favorevole.

Particolari ll' operazione	Esito		Osservazioni	Nota bibliografica
	Madre	Feto		
ura delle arterie uteri- gmentazione in due del e con legatura elastica. one col Klammer di . Trattam. extraperit.	Guarigione.	Vivo.	Provocazione infruttuosa del parto prematuro artificiale.	G. Widmer. « Drei Fälle von Kaiserschn. etc. » *Arch. f. Gyn.*, Bd. XXX, Hft. 1.
xtraper. Si avvalorò rizione metallica me- accio elastico.	»	»	—	Truzzi, *Annali di Ostetricia*, 1890.
traper.	†	»	Causa della morte: peritonite.	Truzzi. *Annali di Ostetricia*, 1890.
ne elastica del moncone. . extraper. Cucitura del o parietale al disopra rete posteriore del pe- .	»	»	Morte in 6.a giornata a causa di peritonitis fibrinosa acuta, volvolus intestini tenuis.	Widmer, loco citato.
traper. Costrizione con ur di Chassaignac.	Guarigione.	»	—	Comunic. dell'Op. all'Accad. med. fisico-fiorentina, seduta del 2. V. 1886. *Gazz. delle Cliniche*, 1886, 1.° sem.
traper.	†	»	Causa della morte: peritonite.	Truzzi, *Annali di Ostetricia*, 1890.
ento del peduncolo.	»	»	Morte in 6.a giornata per peritonite.	*Verhdl. d. deutsch. Gesellsch. für Gyn. I. Kongr. abgeh. zu München.* Leipzig, 1886.
pondenza della regione ale la dieresi fu resa difficile a causa del- ne del sacco dell'ernia ale, da cui la donna era Segmentazione in due iuolo per mezzo di un laccio elastico passato so ago Deroubaix. Tratt. r.	Guarigione.	»	—	*Annali di Ostetr.*, 1886, p. 342. Le ulteriori notizie di questo caso furono attinte dai registri dell'Istit. Ostetrico Ginec. di Firenze.
ne elastica mercè l'ago nbach. Tratt. extrap.	»	»	—	Truzzi, *Annali di Ostetricia*, 1890.
azione in due del mon- ediante laccio elastico con l'ago Deroubaix. xtraper.	»	»	—	*Annali di Ostetr.*, 1886, p. 342; e registri dell'Istituto Ostetr. Ginec. di Firenze.

(Continua)

RASSEGNA

Dott. Thomas Oliver. — **Puerperal septicaemia** (*Setticemia puerperale*). — *The British Gynaecological Journal,* november 1891.

Non crede la setticemia puerperale una malattia sui generis, una malattia cioè dipendente da una causa specifica e capace solamente di infettare le partorienti. A volte si parla di essa come febbre puerperale, ma l'A. non può seguire il dott. Barcker e ritenerla come una febbre peculiare alle puerpere, una malattia distinta come il tifo o la febbre tifoidea. Secondo l'illustre americano la setticemia può sopravvenire in una puerpera senza febbre puerperale. Per l'A. la setticemia è la condizione del sangue che causa la malattia comunemente conosciuta come febbre puerperale. Come vi sono molti veleni settici, così vi sono molte cause di setticemia puerperale. Essendo la setticemia dovuta alla presenza di microorganismi che si trovano all'interno o che sono introdotti dal di fuori, è difficile dire sin dove i microorganismi così detti innocui che si trovano in vagina ponno dopo il parto assumere qualche peculiare carattere virulento e passare nell'organismo per una delle molte porte che naturalmente si aprono durante il parto o per le vene o per i linfatici, portandovi i disturbi costituzionali, l'alterazione del sangue e la febbre peculiare alla setticemia. Mutate le condizioni, come venne dimostrato da Pasteur, i più innocui micrococchi che vivono in vagina diventano pericolosi se si sviluppano in gran numero e nelle parti profonde. Essi consumano l'ossigeno che si trova nel pus ed aprono così la via ad un'altra classe di microbi che causano l'infezione.

Parla di 25 casi visti negli ultimi 18 mesi con 17 morti. È inclinato a credere che è molto più fatale nelle donne fra i 30 e i 40 che in quelle più giovani. L'età, tranne il presentare miglior salute e maggior resistenza, non dà altra protezione. In favore dell'età sta anche che più giovane è la paziente e minore è il pericolo di aver avuto altre gravidanze che siano decorse male, una gravidanza precedente che abbia avuto un tardo e imperfetto ristabilimento in salute essendo secondo l'A., un frequente predisponente a futura setticemia puerperale.

Vi sono gradi di setticemia puerperale; può essere così grave che la paziente

è saturata dal veleno. Essa muore senza che vi sia tempo sufficiente per lo sviluppo di fenomeni morbosi attribuibili ad una funzione od organo. Il veleno ha affinità per le sierose. In altre pazienti si sviluppa pneumonite e sono affette le mucose, mentre nel sangue vi è una tendenza marcata a coagulare. Vi sono molti emboli e questi sono pericolosi in proporzione del loro numero e degli organi nei quali si formano. Tutti i tipi della malattia sono pericolosi, ma specialmente lo è la peritonite puerperale perchè è così facile ad estendersi alle altre sierose.

Difficile è stabilire quanto accade quando gli esantemi ordinari sono trasmessi alla partoriente. L'esperienza dell'A. riguardo alla scarlattina, è che venga trasmessa questa malattia e non la setticemia puerperale, ma contro quest'opinione sta l'esperienza di Braxton Hicks, il quale in 68 casi di febbre puerperale ne attribuì 37 alla scarlattina. Di queste 20 ebbero l'eruzione scarlattinosa, mentre le altre 17 (sebbene la storia provi chiaramente che erano state esposte al virus scarlattinoso), non poterono essere differenziate dagli ordinari casi di febbre puerperale.

Grigg ha mostrato che molti casi di peritonite puerperale sono dovuti a rottura di cisti pelviche, di vecchie piosalpingi e ascessi delle ovaia da infezione gonorroica.

Cita casi dovuti a gonorrea recente. Un medico assiste al parto di tre donne, la prima delle quali aveva perdita gonorroica da 15 giorni, in tutti e tre i casi applica il forcipe ed in tutte e tre si ebbe setticemia puerperale.

Cita un altro caso: una donna ammala di setticemia puerperale per aver partorito in un letto appena abbandonato da suo marito che aveva febbre non si sa per qual malattia. L'infermiera che l'assiste porta la malattia ad un'altra partoriente ed il medico che assiste questa la porta ad altre tre partorienti.

Cita un altro caso che serve pure a convalidare l'idea che la setticemia puerperale non è una malattia dovuta a un microbo specifico, ma che può esser dovuto a molti veleni settici.

In quattro o cinque casi visti ultimamente osservò un'eruzione cutanea rosea molto distinta. Osservò un'eruzione eguale in un giovane affetto da influenza. Esiste qualche connessione fra setticemia puerperale e influenza?

Cita il caso di una donna che soffriva per febbre ed eruzione cutanea difficile a spiegarsi. Quindici giorni prima una capra favorita dell'ammalata aveva partorito e tre giorni più tardi fu presa da febbri e dispnea, catarro nasale e lochiazione di cattivo odore. Non volle più nutrire i suoi piccoli. La padrona prese la capra in casa e la curò. Dopo una settimana la padrona ammalò, ebbe febbre, mal di capo, polso frequente ed un'eruzione sulla cute del tronco e dell'addome. Sembra che l'animale abbia leccato la faccia della padrona parecchie volte. Senza stabilire assolutamente che la capra soffriva di setticemia puerperale, doveva però avere

una malattia che le si avvicinava. Che la donna poi soffrisse di qualche forma di avvelenamento animale comunicatole dalla capra, questo è indubitabile.

Per quanto riguarda l'infezione autogenetica ricorda due casi in proposito. Una gravida ebbe grave metrorragia parecchie settimane prima del termine, emorragia che ritornò dopo una settimana dovuta a placenta previa. Ripetendosi l'emorragia il medico terminò il parto. Dopo alcuni giorni di benessere si ebbero ad un tratto sintomi di setticemia puerperale acuta, e cioè brividi, temperatura elevata senza che vi fossero sintomi locali e senza peritonite. Poche ore prima della morte la temperatura salì a 107.° F.

In un'altro caso i sintomi di setticemia puerperale si mostrarono due giorni dopo il parto che era il 5. In questi due casi si deve ammettere, sebbene non si sia trovata decomposizione della placenta al momento del parto, che la paziente subì l'avvelenamento prima del parto, e quindi si può ritenere come autogenetico.

Riguardo alla cura generale della setticemia puerperale crede solo alla cura locale intrapresa per tempo e continuata con energia. Anche se non vi sono dolori uterini se ne deve pulire la cavità, togliendo i pezzi di membrane decomposte e i coaguli e toccandola con forti soluzioni antisettiche o lavandola con leggiera soluzione di sublimato.

Riguardo alla peritonite puerperale è convinto che sia arrivato il tempo di curare alcuni di questi casi colla laparotomia.

Piazza.

Dott. Mayo Robson. — **The Diagnosis of some tumours supposed to te ovarian** (*Diagnosi di alcuni tumori supposti ovarici*). — *The British Gynaecological Journal*, novembre 1891.

Ritiene l'A. che in alcuni casi di tumori ovarici è quasi impossibile di esser sicuri della diagnosi senza l'esplorazione. Cita parecchi casi:

Una donna di 45 anni si presentò a lui con un tumore addominale che presentava tutti i sintomi di un tumore ovarico. L'esplorazione attraverso una piccola incisione mostrò che vi era ascite unitamente ad un tumore maligno sviluppato nella regione del pancreas che raccorciava il mesenterio ed impediva alle intestina di galleggiare. La paziente ebbe qualche miglioramento per alcuni mesi. Il dottor Teale ha un caso simile nel quale il mesenterio era raccorciato e nel quale vi erano tutti i sintomi di tumore ovarico.

In un altro caso fu chiamato ad operare essendovi e la storia e i segni fisici di una cisti a pareti sottili. Essendo l'utero stirato molto in alto ed a destra, si

ritenne probabile trattarsi di una cisti del paraovario sviluppata nel legamento largo sinistro. Il grande deperimento della paziente fece temere all'A. che si trattasse di affezione maligna e un'operazione esplorativa confermò i suoi sospetti. L'A. può citare molti casi simili nei quali la diagnosi fra ascite e tumore ovarico riuscì molto difficile od anche impossibile senza l'esplorazione o la puntura.

La peritonite tubercolare non è di facile diagnosi e cita un caso visto in consulto nel quale fu fatta diagnosi corretta basandosi sulla storia e sulle condizioni della paziente piuttosto che sui segni fisici.

Il dott. Keith in un suo lavoro dice che può essere impossibile la diagnosi fra un tumore fibro cistico dell'utero ed uno ovarico, e l'A. in due casi nei quali fece con successo l'isterectomia per tumore fibrocistico, sebbene avesse diagnosticato il fibroma uterino credeva che questo esistesse con tumore ovarico aderente all'utero, mentre in ciascun caso la cisti trovavasi nella parete dell'utero stesso.

In un caso da lui operato dopo la puntura esplorativa, trovò che si trattava di una cisti ovarica con un lungo peduncolo e che aveva resistenti aderenze collo stomaco. Il tumore era centrale e circondato da parti risuonanti alla percussione. L'esame pelvico era in questo caso negativo e l'A. non sa come si sarebbe potuto farne la diagnosi senza l'esame del liquido.

In un caso che si presentò all'A. dopo tre mesi di cura Apostoli, sebbene vi fosse una cisti nell'addome, vi erano anche tante parti solide da far credere trattarsi di tumore fibrocistico. All'operazione trovò una cisti ovarica multiloculare con forti aderenze alla parete posteriore dell'utero.

Una donna che aveva passata l'età media lo consultò per un tumore pelvico ed addominale, apparentemente fisso, che era stato diagnosticato tumore maligno dell'utero. Sembrava un caso poco favorevole per l'operazione, ma viste le sofferenze della paziente, non essendovi aumento della cavità uterina nè perdita di cattivo odore, l'A. pensando che poteva essere un tumore solido o semisolido dell'ovaio con estese aderenze all'utero, l'operò e riuscì superando considerevoli difficoltà ad esportare una cisti ovarica multiloculare.

Un tumore cistico delle due ovaia che fissi l'utero fra loro può essere creduto un tumore fibrocistico dell'utero, ciò che gli successe una volta. All'operazione trovò aderenze estesissime.

La diagnosi fra idramnios e tumore ovarico in alcuni casi può essere molto dubbia. Cita un caso in cui la si riconobbe solo dopo che col sondaggio uterino sortì il liquido amniotico, e un altro nel quale un chirurgo di molta esperienza fece la laparotomia.

Accenna poi alle difficoltà che in molti casi si presentano fra la diagnosi di cisti ovarica e distensione della cistifelea, cisti immensa del rene, degenerazione cistica del mesenterio, cisti idatica e sarcoma retroperitoneale. Crede che nei casi

dubbi si debba fare l'incisione esploratrice, armati di quanto occorre per eseguire poi l'operazione.

Discussione. — Dott. O'Callaghan. L'esperienza di Robson è comune a tutti i chirurghi pratici nella chirurgia addominale. Nella sua pratica se la natura del tumore non è ben definibile non se ne inquieta. L'istinto chirurgico gli suggerisce che questi tumori, qualunque siansi i loro caratteri, sono anormali e così preparato ad ogni evento, dalla semplice incisione esplorativa alla miomectomia o all'enterectomia, si accinge ad operare. Se il tumore mostra una malattia maligna incipiente può aversi molto vantaggio dall'incisione unitamente allo svuotamento del peritoneo. Ricorda parecchi casi di simil natura in cui questa semplice cura tolse i dolori, rese stazionaria questa malattia non esportabile e in alcuni casi ha apparentemente apportato guarigione, il qual fortunato risultato si può solo ottenere con questo metodo di diagnosi che il chirurgo pratico deve intraprendere.

Dott. Bramwell. Si sente confortato sentendo che un chirurgo così eminente come Robson non è certo in alcune diagnosi, perchè egli pure trovò difficoltà grandissime nei suoi casi.

Piazza.

I. Cheron. — **Le drainage de la cavité utérine par les voies naturelles.** — *Revue des Maladies des femmes*, 1890-1891.

Attuato già antecedentemente con fini diversi, venne praticato da Schvarz nel 1886 allo scopo di favorire lo scolo dei materiali secreti, ritenuti nella cavità uterina dal rigonfiamento della mucosa o dalla flessione al punto d'unione del collo col corpo. L'A. esperimentati, con insuccessi, materiali diversi ebbe finalmente a lodarsi dell'uso del crine di Firenze: un piccolo fascio di tali fili piegati ad ansa e fissati per l'estremità libera ad un piccolo cilindro cavo, annesso ad una piastra anulare di celluloide, costituisce l'apparecchio che a mezzo di semplicissimo portadrenaggio viene introdotto nella cavità uterina. L'A. esamina l'azione fisiologica del drenaggio dell'utero, e fa rilevare che la semplice stimolazione della mucosa fatta dalla sonda produce un fenomeno riflesso, in virtù del quale i vasi si contraggono determinando un discongestionarsi dell'utero, che si appalesa coll'impallidire e coll'impicciolirsi del collo, mentre intanto la temperatura si abbassa, la sensibilità è risvegliata, vi è esageramento nella secrezione della mucosa, e la cavità uterina rimpicciolisce. Sono devoluti questi fenomeni ad un'eccitazione del midollo, trasmesso dalla mucosa, che è riflessa dai nervi vaso-motori sui muscoli delle pareti dei vasi e probabilmente anche sul tessuto muscolare del parenchima. Applicato il drenaggio i sintomi obbiettivi

sopra indicati passano in pochi momenti e rimangono per alcuni giorni dolori uterini muti che man mano vanno facendosi più lontani e perdendo d'intensità, sinchè apparso al 2-3 giorno uno scolo siero sanguinolento, che diviene poi siero purulento e cessa in 3-6 settimane, riappariscono nuovamente lo scolorirsi del collo e la diminuzione del suo volume, il rimpicciolirsi della cavità uterina e l'abbassamento della temperatura. In media l'apparecchio deve restare in posto da 8-12 settimane. L'azione terapeutica del drenaggio è complessa e però devesi innanzi tutto considerarla come puramente consistente nel favorire lo scolo dei liquidi, mentre sono altresì a rilevarsi ed i fenomeni riflessi da cui risveglio nell'attività nutritizia e l'utilità che dal drenaggio possiamo ritrarre nei casi d'atresia e stenosi del canal cervicale, dopo l'intervento operatorio.

Contro indicazioni sono l'esistenza di fatti pelvici acuti e l'esagerazione della sensibilità dell'utero, ed il non poter la donna tenersi in riposo nei primi giorni, Precederanno, se del caso, medicazioni atte a far scomparire la congestione sanguigna e linfatica e ad attenuare la sensibilità morbosa dell'organo, ed applicato l'apparecchio la donna resterà a letto per qualche giorno, durante i quali col ghiaccio applicato all'ipogastrio, col bromuro di potassio e con tamponi di glicerina si combatteranno quei dolori e quell'eccitamento nervoso, che talora si osservano. Si proibiranno il coito, le fatiche eccessive, si consiglierà il riposo assoluto durante le mestruazioni.

Le applicazioni terapeutiche sono così riassunte dall'A.:

Il drenaggio è uno dei mezzi più potenti che si possono adoperare contro l'amenorrea — quelle da difettoso sviluppo utero ovarico, da cloroanemia, da irritazione periferica sono le varietà nelle quali è particolarmente utile.

Il drenaggio è indicato nella maggior parte dei casi di dismennorea. L'utero deve già essere abituato al suo contatto quando arriverà la prima mestruazione, durante la quale è necessario il riposo assoluto.

L'azione del drenaggio è rimarchevole quando è ristretta a combattere la congestione utero-ovarica, perchè ottiene una decongestione riflessa continua e progressiva, sino a che l'utero riacquistata la sua vitalità e la sua contrattività, caccia il drenaggio come un corpo straniero divenuto completamente inutile.

Da questi fatti risultano provati i servigi nel trattamento della congestione uterina cronica e della metrite parenchimatosa cronica al periodo di infiltrazione.

La subinvoluzione uterina consecutiva a parto o ad aborto è felicemente modificata dal drenaggio. È permesso di pensare che questo apporti nel tessuto uterino delle trasformazioni istologiche analoghe a quelle che si producono durante l'involuzione naturale, poichè gli effetti del drenaggio assomigliano ai fenomeni della regressione fisiologica.

Il drenaggio combatte efficacemente l'abbassamento dell'utero nelle multi-

pare, e la subinvoluzione accompagnata da retroflessione richiede specialmente questa cura.

Il drenaggio solo può permettere di rimuovere la ritenzione dei prodotti da endometrite catarrale o purulenta. In due casi si constatò che dietro il suo uso le fungosità erano scomparse.

Nel catarro cervicale legato ad una congestione intensa utero-ovarica, il drenaggio produce una guarigione rapida, ma quando esiste un'ipertrofia glandolare d'antica data è necessario d'associare l'applicazione di topici modificatori. Esso non può far disparire gli ectropion, ma ne arresta l'estensione e costituisce un trattamento preparatorio alla loro distruzione.

Il drenaggio permette d'ottenere una guarigione duratura allorchè è usato dopo la cura operatoria delle stenosi od atresie del canal cervicale o del suo orificio esterno, e la assicura se impiegato nelle endometriti inveterate dopo il raschiamento.

Il drenaggio diede tre guarigioni definitive in casi di dismenorrea membranacea.

Dott. F. Villa.

E. Blanc. — **De la toxicité urinaire chez la femme enceinte.** — *Annales de Gyn. et Obst*, juillet 1891.

Chambrelent e Laulanié, avendo praticate esperienze su tale tema, erano venuti alla conclusione che *per l'influenza della gravidanza il grado della tossicità dell'orina era manifestamente diminuito, e per conseguenza l'organismo della donna gravida alla fine della gestazione, doveva essere più o meno saturo di materie tossiche.* Tale conclusione aveva una grande importanza nello studio della patogenesi della eclampsia. L'A. riprese le esperienze e concluse *che la gravida, nelle condizioni ordinarie di salute, non produce e non elimina materie tossiche più di qualunque altro soggetto.* Per l'influenza della gravidanza la tossicità dell'orina non è diminuita, e per conseguenza nulla porta ad ammettere che alla fine della gravidanza l'organismo sia più o meno saturo di materiali tossici. Nella memoria sono esposti i risultati delle esperienze, ed il modo con cui tali esperienze furono istituite.

Decio.

Prof. Luigi Mangiagalli, *Direttore responsabile.*

Milano — Tip. L. F. Cogliati, Via Pantano, 26.

CONGRESSO PERIODICO INTERNAZIONALE

DI

Ginecologia ed Ostetricia

Bruxelles, 1.ª Sezione — Settembre 1892.

L'iniziativa presa dalla Società Belga di Ginecologia e di Ostetricia di riunire a Bruxelles il 14 settembre 1892, il primo Congresso Internazionale di Ginecologia e di Ostetricia, sarà coronata, non vi è più dubbio oramai, da splendido successo, come lo dimostra l'elenco numerosissimo di coloro che da tutte le parti del mondo hanno dato la loro adesione.

Il Comitato d'organizzazione ha per presidente il prof. Kufferath e per segretario generale il prof. C. Jacobs, e segretario speciale per l'Italia è il dottore La Torre, libero docente a Roma.

Sono presidenti onorari:

Per il *Belgio:* I professori Charles, Deroubaix, Hyernaux, Hubert, Pigeolet, Sacré, Soupart, Thiry, Vancauwenberghe, Von Winiwarter, Thiriar.

Per l'*Austria-Ungheria:* I professori Albert E., Chroback, Kizinosky, Pawlick.

Per la *Danimarca* il prof. Stadfeldt.

Per la *Francia:* I professori Budin, Demons, Fochier, Gaulard, Grynfellt, Hergott, Laroyenne, Lefour, Pean, Tarnier.

Per la *Filandia:* I professori Engström, Heinricius, Pippingshöld.

Per la *Germania:* I professori Ehrendorfer, Gusserow, Hegar, Léopold, Martin, Sänger, Schultze, Veit, Winckel.

Per la *Grecia:* Il prof. Consolas.

Per l'*Italia:* I professori D'Antona, Durante, Mangiagalli, Morisani, Porro, Ruggi, Pasquali.

Per l'*Inghilterra:* I professori Champneys, Elder, Galabin, Gervis, Bantock, Thornton, Playfair, Priestley, Spencer Herbert, Spencer Wells, Watt, Black, Williams, White.

Per l'*Olanda:* I professori Stokvis B., Treub H.

Per il *Portogallo:* I professori Ferreira De Mattos, De Mascarenhas, De Santo.

Per la *Russia:* I professori Jastrebow, Makeiew, Phenomenow, Rein, Slawiansky, Sneguirew, Tolotchinow.

Per la *Spagna:* I professori Bonet Joaquin, Del Busto, Rubio, Chacon A., Fernandes.

Per gli *Stati Uniti:* I professori Battey, Byford, Emmet, Engelmann, Fenger, Gaillard Thomas, Goodell, Jaggard, Kelly, Lusk, Parvin, Reamy, Ross Ias., F. Wm., Wood.

Per la *Svezia:* I professori Netzel, Salin.

Per la *Svizzera:* I professori Fehling, Müller, Reverdin, Vuillet.

Le sedute del Congresso si terranno nel Palazzo delle Accademie, quella inaugurale sarà onorata dalla presenza di S. M. Leopoldo II e dei ministri.

Le sedute avranno luogo dalle 10 alle 12 ant., e dalle 3 alle 6 pom. Quelle antimeridiane saranno consacrate alle comunicazioni diverse, quelle pomeridiane alla discussione delle quistioni messe all'ordine del giorno.

L'ultima seduta sarà consacrata alla discussione ed alla approvazione dello Statuto e del regolamento del Congresso periodico; sarà pure in essa votata la data e il luogo di riunione della successiva sessione.

PROGRAMMA.

Martedì, 13 Settembre.

Ore 9 pom. — Raout-Concert offerto dalla Società Belga di Ostetricia e Ginecologia nella Università.

Mercoledì, 14 Settembre.

Ore 2 pom. — Seduta inaugurale del Congresso. Apertura dell' Esposizione.

(Quest'Esposizione comprende: 1.° L'esposizione internazionale di strumenti e di apparecchi che si riferiscono alla Ginecologia e all'Ostetricia nel Palazzo delle Accademie; 2.° un' esposizione particolare che comprende le collezioni d'istrumenti e preparati anatomici delle Università del Belgio nella Maternità di Bruxelles).

Ore 7 pom. — Festa.

Giovedì, 15 Settembre.

Ore 8 ant. — Visita degli Ospedali; Esposizione.

Ore 10 ant. — Seduta del Congresso; comunicazioni diverse.

Ore 2 pom. — Seduta del Congresso. Discussione della prima quistione all'ordine del giorno: « *Delle suppurazioni pelviche.* »

Ore 9 pom. — Ricevimento dei membri del Congresso dal Ministro dei Lavori Pubblici.

Venerdì, 16 Settembre.

Ore 8 ant. — Visite degli Ospedali; Esposizione.

Ore 10 ant. — Seduta del Congresso; comunicazioni diverse.

Ore 2 pom. — Seduta del Congresso. Discussione della seconda quistione dell'ordine del giorno: « *Delle gravidanze extra-uterine.* »

Ore 7 pom. — Rappresentazione di gala all'*Opera.*

Sabato, 17 Settembre.

Ore 8 ant. — Visita agli Ospedali; Esposizione.

Ore 10 ant. — Seduta del Congresso. Comunicazioni e dimostrazioni.

Ore 2 pom. — Seduta del Congresso. Discussione della terza quistione dell'ordine del giorno: « *Della placenta previa.* »

Ore 4 pom. — Seduta di chiusura.

Ore 7 pom. — Banchetto offerto ai membri del Congresso dalla Società Belga di Ginecologia e Ostetricia.

Domenica, 18 Settembre.

Escursioni diverse.

Il biglietto di membro del Consiglio dà diritto d'entrata al raout dell'Università, alla rappresentazione di gala all'*Opera*, al raout del Ministero ed al banchetto, ecc.

Dei biglietti per le signore saranno offerti ai membri del Congresso per queste diverse feste.

I membri del Congresso hanno durante tutta la durata di questo libero accesso alle Esposizioni.

Ripetiamo che per tutti gli schiarimenti, comunicazioni, esposizione d'istrumenti, ecc., bisogna rivolgersi al Segretariato Generale.

Anno XIV. Agosto 1892. Num. 8.

ANNALI
DI
OSTETRICIA E GINECOLOGIA

Le mostruosità fetali dal punto di vista diagnostico

PEL
Dott. F. LA TORRE
Professore paregg. in Ostetricia,
Membro della Società Ostetrico-Ginecologica di Parigi, della Società francese d'Igiene,
della R. Accademia Medica di Roma, ecc., ecc.

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS OF ENGLAND
23 SEP 92
LIBRARY

(Continuazione, vedi pag. 516).

La discussione si svolse ampia non solo per diagnosticare l'esistenza della gravidanza, su cui veramente più non potea esistere il minimo dubbio, ma ben anco e principalmente sulla diagnosi differenziale tra gravidanza semplice e multipla, idrope ascite, idramnios e ciste ovarica.

La diagnosi di gravidanza è stata fondata sopra i segni di certezza: movimenti attivi del feto fugaci ma ripetuti e percepiti per mezzo della palpazione addominale, movimenti attivi e passivi percepiti col riscontro vaginale e presenza d'una parte fetale intrauterina avvertita nello scavo.

Stabilita dunque la diagnosi di gravidanza ci è stato facile escludere trattarsi d'un'idrope ascite semplice, libero e d'una ciste ovarica, per mancanza delle note cliniche speciali con cui questi stati patologici si traducono all'osservazione da un canto e dall'altro per la presenza d'un prodotto di concepimento nell'utero. Però, la grande distensione permanente della matrice che impedisce d'arrivare colla palpazione sopra una parte fetale, la difficoltà di percepire il doppio battito cardiaco fetale, la mattità assoluta su tutto il ventre anche quando la gestante cambii di posizione, la sensazione chiara di fluttuazione ci dimostrano indiscutibilmente che l'utero è disteso al di là del necessario e punto

in rapporto coll'età e col volume del prodotto del concepimento, per cui mi propongo di studiare i seguenti punti:

1.° Si tratta d'una gravidanza multipla?

2.° D'una gravidanza normale, o complicata ad idrope ascite, a ciste ovarica?

3.° Si tratta di una gravidanza normale o complicata ad idramnios? Idramnios acuto o cronico?

4.° Il feto è a sviluppo normale o mostruoso?

* * *

1.° Si tratta di gravidanza multipla?

I segni fisici che il caso presenta, cioè tensione permanente dell'utero a forma uniformemente rotondeggiante, l'assenza di parte fetale sotto la pressione esercitata su tutto l'ambito dell'addome ed in diverse posizioni della donna, l'assenza del doppio battito cardiaco su tutti i punti del ventre in donna incinta, ci fanno escludere l'esistenza di due o più prodotti di concepimento liberi o più o meno uniti. Ed in vero, per quanto disteso si presenti l'utero nella gravidanza gemellare, la tripla e la quadrupla sono rarissime, è difficile trovarlo così uniformemente disteso come nel nostro caso; sarebbe piuttosto, nella gravidanza gemellare, di forma irregolare e più svasato nei fianchi, secondo la posizione dei feti. Dippiù sia pel volume dei feti a 8 mesi di sviluppo, come per l'aumentata quantità di liquido in un uovo solo, come d'ordinario accade, non sono un fatto comune una distensione ed una tensione così esagerata da impedire la benchè menoma elasticità delle parati addominali ed uterine onde ottenere la percezione d'una parte fetale, anzi devono considerarsi come rare eccezioni quei casi in cui non si possono, palpando il ventre, nettamente distinguere una o due estremità cefaliche, una o due estremità podaliche.

È a tutti noto, a questo riguardo, il caso di Pinard che potè, in una donna col ventre eccessivamente sviluppato e teso, stabilire in modo certo, la diagnosi di gravidanza trigemina, solo per aver potuto riconoscere colla palpazione la presenza nell'utero di tre estremità cefaliche.

Un altro fatto frequentissimo ad incontrarsi nella gestazione doppia

a feti vivi, è il doppio focolaio del doppio battito cardiaco fetale coi suoi caratteri speciali, cioè separati l'uno dall' altro da una zona muta e di timbro, e d' intensità differenti. Ora qui non solamente due, ma nemmanco un solo se ne ha potuto percepire. E non è a dire che i feti possono essere morti, giacchè i movimenti attivi fetali non lasciano alcun dubbio sulla vitalità del prodotto di concepimento. E ciò perchè il feto è piccolo o giace in molto liquido, di maniera che non s' avvicina alle pareti uterine.

Dopo tutto questo possiamo dire che trattasi d'una gravidanza semplice a feto vivo.

* * *

2.° È COMPLICATA D' IDROPE ASCITE O A CISTE OVARICA?

Nessun dubbbio che si debba qui escludere la presenza di liquido libero nella cavità peritoneale da costituire un fatto patologico tanto pei fatti forniti dalla percussione, la quale dà mattità per tutto senza punto cambiare di sede pel mutamento di posizione della paziente, quanto pure, e sopratutto, per le note cliniche che ci fornisce la palpazione. Ed in vero, in caso di ascite l'addome, essendo qui sviluppatissimo, si sarebbe dovuto avere un'abbondantissima raccolta di liquido nella cavità peritoneale e perciò un grande strato di liquido tra la parete addominale e l'utero. Malgrado tale condizione si arriva sempre, premendo bruscamente la parete addominale, a spostare lo strato di liquido e giungere sull'utero colle dita. Ora nulla di tutto questo si ha nel nostro caso. Le pareti addominali non sono, lo abbiamo fatto notare, in nessuna maniera depremibili e l'utero è accollato ad esse come può bene avvertirsi allorquando si contrae sotto la mano. Praticando poi l'esame combinato si hanno nel segmento inferiore le più chiare sensazioni di fluttuazione, percepite dal dito esploratore, quando l'altra mano percuote un punto qualsiasi della parete addominale. Tale fatto favorevole all'esistenza dello idramnios non avrebbe potuto certo verificarsi con tanta squisita sensazione nel caso d' idrope ascite complicante la gravidanza. Le ragioni son chiare e non insisto.

Deve altresì escludersi la complicazione d'una ciste ovarica o legamentosa, poichè dopo quanto troviamo, cioè la squisita sensazione della

fluttuazione di un liquido contenuto nella cavità del viscere gestante, il tumore unico e contrattile su tutta la sua estensione deponendo in favore dell' idramnios, non permettono che si prenda in considerazione l' idea della coesistenza d' una ciste dell'ovario assai voluminosa.

* * *

3.° Si tratta d'una gravidanza normale o complicata ad idramnios? Idramnios acuto o cronico?

L'esistenza d'un idramnios complicante la gestazione è certa e non occorre, dopo quanto ho detto finora, insistere di più. Quello che merita però stabilirsi è se l' idramnios sia acuto o cronico. Questa distinzione oggi s' impone. Appena accennata qualche anno fa, dopo i lavori di Sentex (1) e di Charpentier (2), ha preso ora posto nella storia delle malattie e di ciò bisogna tener conto.

In un articolo della 2.ª edizione del suo *Trattato* (3), lo Charpentier, poggiandosi sopra una trentina di casi, stabilisce la divisione e descrive la sintomatologia dell' *idramnios classico, a decorso lento, e dell' idramnios acuto.*

Il Villa (4), in un lavoro recentissimo sull' *idramnios acuto*, avendo fatto minute ricerche durante un decennio, dal 1881 al 91, ha potuto, compresi i tre suoi, collezionare 44 casi d'idramnios acuto, e conferma perciò la divisione dell'ostetrico parigino in idropisia acuta e cronica dell'amnios, divisione indispensabile oggi ed imposta dalla necessità dell' intervento pronto ed efficace nel caso d' idramnios acuto.

Anche prima di questi due ultimi autori, l' idramnios acuto e cronico era stato, a mente mia, clinicamente meglio descritto da Tarnier e Budin (5), e dirò più tardi il perchè. Sicchè, è giuocoforza nelle condizioni attuali di tener conto, parlando dell' idramnios, della sua acuzie o cro-

---

(1) Sentex. In *Bul. méd. du Nord de la France.* « Considérat. sur l'amniotide. » 1872.

(2) Charpentier. « De l'hydramnios, etc. » In *Arch. de Tocol.*, 1880, p. 321.

(3) Idem. « Traité d'accouchem. » 2.ª édit. 1889 I, p. 959.

(4) Villa F. « Idramnios acuto. » In *Ann. di Ostetricia ecc.*, N. 5, 1891, p. 389.

(5) Tarnier e Budin. II, p. 282.

nicità; bisogna perciò diagnosticarlo per stabilire d'una maniera assai precisa e la prognosi ed il trattamento, i quali variano essenzialmente a seconda che si tratti dell'una o dell'altra forma.

Nel caso nostro, dalle note cliniche raccolte nell'esame della gestante, risulta in modo chiarissimo che l'idropisia dell'amnios sia venuta lentamente, senza bruschi aumenti ed in modo costante, di maniera che la donna non vi fece caso, tanto più che nelle precedenti gravidanze il ventre è stato sempre grosso in seguito a lento accrescimento. Questa genesi lenta del liquido può spiegarci tutte le modalità del caso. Difatti, l'idropisia dell'amnios formatosi lentamente non esercita compressione subitanea sugli organi vicini, per cui non si hanno in tutto il corso della gravidanza i varii disturbi funzionali degli organi compressi, come allorquando si ha un versamento a decorso rapido; l'utero perciò disteso lentamente arriva ad un grado estremo di distensione senza scosse, gradatamente ed abituandosi a tale distensione non si ha la reazione dolorosa del tessuto uterino nè di quello delle pareti addominali. Abbiamo spesso sentito, nel caso in discorso, contrarsi l'utero sotto la nostra mano senza che si risvegli la minima sofferenza. E se si toglie quel doloretto, sopportabile per altro, localizzato nell'ipocondrio sinistro, senza irradiazione, già notato, non vi sono stati mai disturbi dolorosi e tali per lo meno come nell'idramnios acuto, in cui è risaputo che il sintomo dolore prende soventissimo il carattere acuto d'un'intensità estrema su tutto l'ambito del ventre ed irradiantesi anche fino ai lombi ed alle cosce. Risulta inoltre dall'anamnesi che la gestante non ha mai avuto febbre; nei due giorni in cui è stato al mio Istituto, prima di partorire, la temperatura si mantenne normale: Temp. 37. 4, Polso 82, Respiraz. 26.

Non vi sono stati nemmanco, in questi ultimi mesi sopratutto, nè nausee, nè vomiti, tanto che la paziente, dotata sempre di buono appetito, ha potuto benissimo nutrirsi in quelle date proporzioni che i suoi mezzi le consentivano.

Mancando adunque tutti e quattro i sintomi principali, cioè: aumento rapido del ventre, febbre, dolori e vomiti, che caratterizzano in modo, direi quasi patognomonico, l'idramnios acuto, bisogna necessariamente ammettere l'esistenza d'una idropisia dell'amnios a corso lento. Possiamo dunque affermare che trattasi nel nostro caso d'un idramnios cronico.

* * *

4.° Il feto è a sviluppo normale o mostruoso?

Ecco un altro punto interessante a discutersi, poichè importa moltissimo oggi conoscere durante la gravidanza la conformazione fetale, tanto dal punto di vista del pronostico del feto quanto del trattamento del parto. Diciamolo subito, il feto, nel caso di cui ci occupiamo deve essere mostruoso.

Anzitutto, i fatti sono oramai troppo numerosi e ben discussi perchè possa ancor oggi esistere il dubbio sulla frequente associazione d'alterazioni fetali con gravidanze complicate ad idropisia dell'amnios; e tutte le volte che vi è un idramnios cronico l'idea d'alterazioni nello sviluppo somatico del prodotto del concepimento si affaccia spontanea alla mente e spesso non vi si oppone al vero.

E qui, pria che io vada oltre, stimo opportuno aprire una parentesi e portare una brevissima discussione sull'associazione dell'idramnios acuto e cronico colle aberrazioni di sviluppo.

* * *

Ho detto più sopra: « *tutte le volte che vi è idramnios cronico l'idea d'alterazioni nello sviluppo somatico del prodotto del concepimento si affaccia spontanea alla mente.* » Ciò è oramai dimostrato, lo ripeto, da numerosissimi fatti, e penso che sarebbe superfluo ritornarvi su più diffusamente. Ma dicendo « idramnios cronico » escludo d'una maniera assoluta l'associazione d'alterazioni fetali coll'idropisia acuta dell'amnios.

Francamente, tale è la mia convinzione, ma mi trovo in opposizione formale col Villa, il quale su questo punto arriva nel suo pregevole lavoro a conclusioni diametralmente opposte. Difatti il Villa (1) scrive: « . . . e poichè il Bar dà la cifra dell'8 0[0 di mostruosità (nello idram-

(1) Villa. Loco citato, N. di agosto, p. 581.

nios cronico) risulta essere più frequente l'incontrare di tali pervertimenti nell'idramnios acuto, giacchè nei 44 casi raccolti si ebbero ad osservare 1 labbro leporino, 2 anencefali, 1 meningo encefalocele, 1 mostruosità multiple, 1 tumore coccigeo. » Cioè a dire, 6 alterazioni su 44 casi; ciò che dà, a cifra rotonda, il 13 1[2 0[0. Ora io non credo che si possa arrivare a questa proporzione, ed ecco le mie ragioni:

La proporzione di 6 alterazioni fetali su 44 casi, non mi pare che sia rigorosamente esatta. Una prima ragione sta, secondo me, nel fatto che non bisogna prendere in calcolo i *casi* solamente, cioè il numero delle gravidanze, ma quello dei feti, poichè la proporzione di 6 casi di alterazione fetale su 44 gravidanze, come il Villa la pone, non mi pare esatta quando tra le gravidanze ve ne sono, come risulta dalle tavole statistiche che presenta, 21 gemellare ed 1 trigemina. Ora tutte le 44 gravidanze (semplici, gemellari e trigemina) dànno un totale di 67 feti. La proporzione dovrebbe stabilirsi quindi con questa formula:

$$67 : 6 : : 100 : \times = 9$$

cioè il 9 0[0 di mostruosità.

Ma volendo essere rigorosi anche questa proporzione potrebbe essere in realtà non logica, giacchè non tutti i feti delle gravidanze multiple erano associati ad idropisia dello amnios e quindi non tutti nelle stesse condizioni per rapporto all'influenza nociva, causa od effetto poco monta, che l'asagerata quantità di liquido amniotico può esercitare sulla conformazione fetale. Eliminando perciò dalla statistica i casi che non appartengono all'idropisia dell'uovo, abbiamo che sopra 45 feti, provenienti dalle 22 gravidanze multiple, 29 erano in sacchi ovolari idropici, 12 in sacchi oligoidramnici e di 4, provenienti da due gravidanze gemellari, non si tiene parola; ma siccome in tutte le gravidanze doppie si ha sempre avuto idropisia d'un sacco, così ne ammettiamo due anche qui ed avremo perciò 31 feti provenienti da uova idramnici. Per cui aggiungendo ai 31 feti complicati ad idramnios i 22 altri che restano dalle gravidanze semplici, si hanno 53 feti provenienti da sacchi idropici; il percento quindi deve dedursi dalla seguente proporzione:

$$53 : 6 :: 100 : \times = 11.3$$

cioè a dire l'11 0[0 e non 13 1[2 0[0 come vorrebbe il Villa.

Una seconda causa d'errore, a mio avviso, sta nel termine di confronto che il Villa prende per ammettere la maggior frequenza delle mostruosità nell' idramnios acuto.

Su che cosa si poggia infatti? Sul percento di Bar.

Ora sta in ciò l'errore, giacchè il percento di Bar non va esente dal peccato originale, essendo noto come il Bar abbia scritto il suo lavoro (1) nel 1881, epoca in cui non era rigorosamente ammessa la distinzione tra l' idramnios acuto e cronico come lo stesso Villa ammette.

In terzo luogo, non ostante che io accordi incondizionatamente la massima fiducia ai chiarissimi autori citati dal Villa, che han fatto diagnosi d' idramnios acuto, pure mi sia permesso dire che, scorrendo le Tav. del Villa, sorge in me il dubbio sull'esattezza della diagnosi in quei casi complicati a mostruosità fetali.

Ed in vero, la deviazione della conformazione fetale dal tipo normale avviene nell' inizio della vita embrionale. Ora nei casi notati nelle Tav. del Villa l'emergere dell' idropisia è avvenuta 1 volta al 5.º mese di gravidanza, *feto anencefalico con spina bifida;* 2 volte al 7.º mese, *un feto anencefalico, l'altro con mostruosità multiple;* ed 1 all' 8.º mese, *feto affetto da meningoencefalocele;* epoche codeste in cui queste alterazioni non possono più formarsi, poichè il feto è bene sviluppato nel senso che tutti gli organi hanno raggiunto il completo sviluppo di forma se non di volume, il quale s'acquista nell' ulteriore decorso della gravidanza. Siamo ben lontani dunque dalla vita embrionale.

Che cosa rappresenterebbe qui la mostruosità fetale? la causa o l' effetto dell' idramnios?

L'effetto no, perchè mi pare, anzi è impossibile, che una maggiore secrezione di liquido dovuta ad una causa qualunque e formatosi subitaneamente nell'ultimo decorso della gravidanza, possa profondamente disturbare l'avvenuto sviluppo fetale, in caso contrario si ammetterebbero fatti la cui interpretazione sarebbe in urto colle più esatte conoscienze scientifiche. La mostruosità dev'essere dunque in questi casi la causa dell'idramnios. Ed allora le mal formazioni fetali esistendo già fin dalle prime settimane della gravidanza e portando un disturbo nel campo cir-

---

(1) P. Bar. « Recherches pour servir à l'hist. de l' hydramnios. » Th. Paris, 1881.

colatorio, determinano fin d'allora una maggiore secrezione di liquido amniotico che *cresce lentamente* (idramnios lento, cronico); la quale secrezione negli ultimi tempi assume, in seguito a qualche causa occasionale (forse maggiore e repentino ostacolo all'irrorazione sanguigna), un *andamento rapido*. In altri termini, ritengo che si sia preso per idramnios primitivamente acuto, un idramnios primitivamente cronico e per conseguenza cronico, ma che prese un andamento rapido, senza cessare però d'essere cronico.

Se da queste poche considerazioni generali passiamo all'analisi dei fatti speciali, ho motivo di ritenere che nei casi specialmente 19, 27, 34 e 37 delle Tav. del Villa (1), si tratti più d'idramnios cronico anzichè acuto nel vero senso della parola, quale conseguenza d'una causa istantanea e formatosi primitivamente in poco lasso di giorni. Vediamolo.

* * *

Nel caso 19.° (Dill) abbiamo che nel corso del 7.° mese di gravidanza il ventre crebbe rapidamente di volume accompagnato da dolori addominali; la malattia durò 20 giorni; la causa non è menzionata; il feto era anencefalico con spina bifida.

Or io domando: è possibile che un feto nel 7.° mese del suo sviluppo, fino allora ben conformato, possa divenire ad un tratto anencefalico, sol perchè si forma, nell'amnios, qualunque sia la causa, qualche litro di liquido di più? Certamente no. E che che se ne pensi e dica dagli autori, i quali ammettono che l'esagerazione della secrezione amniotica possa esser causa di mostruosità, non sarà mai che l'idramnios acuto primitivo potrà cagionare sì profonde alterazioni nella costituzione anatomica della testa fetale, quali si riscontrano per l'appunto nell'anencefalia, nel corso del 7.° mese di gravidanza. Perchè, infine, bisogna avere un'idea ben chiara di ciò che sia l'anencefalia, della sua etiologia e dell'epoca dello sviluppo fetale in cui tale deformazione avviene. Ed in vero, questa anomalia ben definita nella sua nomenclatura ed assai bene studiata clinicamente nella sua patogenesi, avviene, come vogliono i

(1) Villa. Loco citato, N. di agosto, 1891, p. 572 e seg.

Saint-Hilaire (1), nelle prime settimane dello sviluppo embrionale, quando cioè si forma il canale rachidiano, e consiste nell' *apertura del cranio per mancanza o atrofia della maggior parte delle ossa che lo compongono e dell'apertura più o meno estesa della colonna vertebrale con assenza assoluta e completa dell'encefalo e del midollo spinale.*

E non solo è ammesso clinicamente, per così dire, che l'anencefalia è un'anomalia dovuta all'arresto di sviluppo nei primissimi momenti della vita embrionale, ma anche sperimentalmente. Dareste (2) ha potuto produrla sopra un embrione di pollo al 5.° giorno del suo sviluppo. E benchè non abbia potuto molto a fondo studiare la questione negli embrioni umani, pure ritiene poter completare le lacune che esistono su questo punto nelle sue osservazioni con nozioni ipotetiche sì, ma dedotte dalle conoscenze delle mostruosità affini, e dai fatti generali dell'embriogenia. Ebbene, in queste condizioni Dareste può « dimostrare che il fatto iniziale di questa anomalia è un arresto di sviluppo, parziale o totale, della doccia midollare risultante dal difetto di sollevamento delle lamine dorsali cui essa si riproduce. »

Noi vedremo in seguito in modo dettagliato come ciò avviene, bastandomi per ora far risaltare come l'anencefalia è una mal formazione che data dai primi momenti dello sviluppo. Ora un disturbo così profondo non si forma al 7.° mese di gravidanza, ma, ripeto, nei primi momenti e non può rimanere indifferente verso la meccanica circolatoria. Noi sappiamo, difatti, che un ostacolo qualsiasi sopra un qualunque punto della circolazione, fetale o materna, può produrre idropisia dell'amnios, per cui parmi evidente che l'idramnios nel caso di Dill si sia formato in più o minor quantità fin da quando cominciò la mal formazione fetale; crebbe lentamente con essa e poi, ad un momento dato e per una qualsiasi circostanza, aumentò maggiormente in pochi giorni. Quindi si può sostenere che l'idramnios nel caso di Dill sia cronico e che abbia preso un andamento rapido negli ultimi tempi.

Questa mia opinione è avvalorata da quella di Tarnier e Budin (3)

---

(1) Saint-Hilaire. « Histoire gén. et part. des anomalies, etc. » Paris, 1836.

(2) Dareste. « Recherches sur la product. artif. des monstruosités. » Paris, 1891, p. 185 e seg.

(3) Tarnier-Budin. Loco citato, II, p. 285.

che ammettono con molta giustezza d'idee « un idramnios *acuto* o ad *evoluzione rapida*, studiato sopratutto da Sentex e da Charpentier.

« Quest'idramnios ad evoluzione rapida può essere primitivo o secondario. È *primitivo* quando insorge nel *corso di una gravidanza* FINO ALLORA NORMALE. È secondario quando l'*idramnios* CRONICO *prende d'un tratto un* ANDAMENTO RAPIDO.

« In questi due casi i segni fisici sono identici.... »

Deriva evidentemente da ciò l'errore di Dill, il quale stando ai due sintomi riscontrati: aumento rapido del ventre, e dolore, prese certamente un idramnios cronico per uno acuto. In caso contrario bisognerebbe sostenere che una gravidanza con feto anencefalico sia una gravidanza normale o che abbia potuto arrivare fino al 7.º mese senza che il profondo vizio di conformazione fetale abbia prodotto un disturbo circolatorio e quindi una esagerazione nella secrezione amniotica, ciò che mi pare nell'uno e nell'altro caso scientificamente insostenibile. Poichè se ci rapportiamo a tal proposito alle teorie sulla genesi del liquido amniotico che più han fondo di vero, apprendiamo che le malformazioni fetali sono, dal parere unanime degli autori, ritenute una delle tre cause più frequenti dell'idropisia dell'amnios, pel disturbo che arrecano nella distribuzione sanguigna. E se la gravidanza multipla, il secondo potente fattore d'idramnios, è causa dell'idropisia dell'uovo sol perchè talora la pressione d'un feto esercitata sopra un punto qualsiasi degli altri, o l'azione più energica del cuore d'un feto disturbano la circolazione, *a fortiori* ciò deve ammettersi nell'anencefalia ove la circolazione è molto disturbata, per cui pressione maggiore nelle vene ombelicali, ecc. e necessario idramnios consecutivo.

Si può dunque, dopo tutto ciò, dire che nel caso di Dill l'idramnios fosse puramente e semplicemente primitivo? Per me, no. Doveva invece trattarsi d'idramnios cronico che assunse subitaneamente un andamento rapido diagnosticato per acuto.

Lo stesso ritengo del caso 34.º (Goetz), delle Tav. del Villa. Qui i fatti veramente si sono passati in modo alquanto diverso e parmi sia utile determinarne le circostanze.

La donna è nel 5.º mese di gestazione quando riceve un colpo sul ventre. Al trauma segue in breve rapido e forte aumento del ventre con dolori che rendono gravosa la respirazione. Il ventre misura 150 centi-

metri di circonferenza. Si rompono le membrane e si estrae col forcipe, causa la debolezza delle contrazioni, un feto derencefalo. Il liquido amniotico è di 25 litri.

Malgrado il quadro fenomenologico imponente ed il momento causale determinante la rapida idropisia dello amnios, ritengo che in questo caso trattisi, come nel precedente, di idramnios cronico, che prese un andamento rapido in seguito al trauma, o per lo meno, volendo accordare il più che sia possibile al trauma, si potrebbe dire che all'idramnios cronico causato dall'anencefalia se ne sia aggiunto un altro acuto determinato dal trauma; ma non si potrà mai ammettere che questa potenza accidentale esterna, abbia potuto causare l'idropisia acuta e questa l'anencefalia o viceversa o l'una e l'altra contemporaneamente. Non ritorno qui su quanto ho or ora detto a proposito dell'altro caso, ma stimo necessario fermarmi un istante sulla causa.

Si può scientificamente ammettere che un trauma sul ventre d'una donna gestante di 5 mesi possa produrre l'anencefalia fetale?

Dopo quanto ho detto sui caratteri teratologici e sulla genesi dell'anomalia, è facile dire di no. Riterrei che si sarebbe più nel vero affermando che nel caso di Goetz l'anencefalia doveva preesistere all'azione traumatica. Avvegnachè non solo un trauma non può far divenire anencefalico un feto di 5 mesi fino allora di normale conformazione, ma nemmanco, secondo I. G. Saint-Hilaire, nei primi mesi. Difatti, egli dice (1): « Si è osservato che le gravidanze che han dato alla luce mostri *pseudo cefalici* erano state quasi sempre disturbate d'accidenti, sopratutto *cadute e violenze esterne* e ciò malgrado sono arrivate fino al termine normale; mentre gli *anencefalici* nascono il più sovente nel corso dell'ottavo mese e se le gravidanze sono state disturbate lo sono state quasi sempre da *vive impressioni morali*, » e porta in appoggio parecchie osservazioni proprie e d'altri autori degni di fede. « Si deve assolutamente a mio padre, soggiunge (2), la prima scoperta e la dimostrazione del fatto rimarchevole che vi sono dei generi di mostruosità la di cui produzione risulta costantemente d'un'azione meccanica esercitata sopra

---

(1) I. G. Saint-Hilaire. Loco citato, II, p. 369.

(2) I. G. Saint-Hilaire. Loco citato, III, p. 534 e seg.

l'addome, quasi sempre d'una violenza esterna. Questi generi sono la *nosencefalia* e la *tlipsencefalia*; due generi di mostri in cui il cranio è aperto nella sua parte superiore ed il cervello è rimpiazzato in gran parte da un tumore sanguigno. Vi è una famiglia teratologica molto affine alla precedente per la quale una commozione morale è la causa più ordinaria e può dirsi anche la causa costante; questa famiglia è quella degli *anencefalici*.

« . . . In quanto al rapporto tra l'età del feto, l'epoca dell'accidente della madre e la gravità dell'anomalia prodotta, si ha che più il feto è giovane e più la causa agisce con intensità. Così la *nosencefalia data dal quarto mese*, la *tlipsencefalia dal terzo*; e si può andare ancora più lontano, l'*anencefalia* e la *derencefalia*, mostruosità alla loro volta più gravi della tlipsencefalia, parrebbero risultare da vive impressioni morali provate dalla madre *in uno dei due primi mesi della gravidanza* (1).

---

(1) So bene che alcuni autori moderni non ammettono l'influenza delle emozioni morali nella produzione delle mostruosità; e l'Auvard su questo punto è assai esplicito. « Si è preteso, dice (a pag. 91 « del suo trattato), che questi desiderii come anche gli spaventi o le vive emozioni provate dalla donna « durante lo sviluppo fetale, potrebbero essere causa di malformazione; è questa una semplice ipotesi che « nessun fatto positivo ha finora confermato ed alla quale la scienza non crede più. »

Su questo punto non posso essere d'accordo coll'Auvard. Abbiamo da un canto che i Saint-Hilaire, scienziati profondi ed osservatori non superficiali, ammettono bene l'influenza delle emozioni morali nella produzione delle deformazioni teratologiche, tanto che ne fanno il momento etiologico esclusivo d'una importante famiglia; abbiamo dall'altra che, mettendo un uovo di gallina ad incubare in una data posizione o in un'altra, ed a più forte ragione quando l'uovo è scosso, possiamo ottenere, come fece Dareste, vizii di sviluppo. A me parrebbe ammissibile, dunque, che un'emozione vivissima della donna incinta in cui tutto il sistema nervoso, divenuto eccitabilissimo, si scuote, alterandosi perciò e innervazione e circolazione sanguigna, possa produrre aberrazioni del tipo normale. Poichè è un fatto che se un'emozione viva alteri l'innervazione e quindi la circolazione generale in un organismo forte e sano, tanto da farci divenire ora pallidi, ora accesi in viso, o farci svenire o procurarci un subitaneo flusso diarroico, un cumulo di disturbi, insomma, che sono la conseguenza diretta di paralisi vaso-motorie od altro, deve poter cagionare con più grande facilità profondi disturbi anco nella circolazione utero-embrionale quando l'emozione avviene in una donna incinta da poche settimane.

È chiaro che un afflusso maggiore o minore nella circolazione embrionale da eccitare più vivamente la vita o arrestarla in un gruppo di elementi nel momento più delicato in cui lo sviluppo di un organo o di più proviene da una sola cellula, debba poter cagionare profonde alterazioni del tipo normale.

Per risolvere la quistione, dice Delassus (*Arch. de Tocol.*, déc. 1891, p. 923), bisognerebbe servirsi del metodo impiegato in tutte le ricerche scientifiche: l'esperimento e l'osservazione dei fatti clinici. La via sperimentale nella donna non è permessa poichè se la scienza ha le sue esigenze non ha meno delicatezze la civiltà per impedirne la prova. D'altronde certi fatti fortuiti non provocati a scopo sperimentale, non

Si può quindi conchiudere che anche in questo caso non si tratti d'un idramnios acuto ma d'uno cronico, il quale assume un andamento rapido e con ciò naturalmente distensione subitanea dei tessuti uterini e compressione degli organi vicini, d'onde i dolori e l'ambascia respi-

---

hanno spesso valore d'una esperienza? E di questo fatto se ne potrebbero avere parecchi; ne cito solamente alcuni che mi paiono molto chiari. Quali possono essere le obiezioni? Due: 1.° molte madri hanno emozioni e spavento durante le gravidanze e mettono al mondo figli ben conformati; 2.° molti feti nascono mostruosi senza che le madri abbiano sofferto paure od emozioni durante le gravidanze.

Dal punto di vista della scienza sperimentale queste due obbiezioni pare abbiano qualche valore; ma chi non sa che non tutte le impressioni possono esercitare una triste influenza od avere i medesimi effetti? Quanto al secondo punto, ai feti mostruosi nati da donne che non han avuto emozioni, può ben dirsi che esse abbian potuto sfuggirci e che possano esistere molte altre cause per determinare la mostruosità.

Checchè ne sia, ecco alcune osservazioni cliniche coscienziosamente raccolte, che dimostrano chiaramente come le emozioni morali provate dalle incinte possono determinare la produzione di mostruosità.

Il dott. Ternisien, de Foucormont (Senna inferiore), (*Arch. de Tocol.*, 1875, p. 53), presenta all'Accademia medica di Parigi (Seduta 1.° dicembre 1874), un feto mostruoso appartenente ai *mostri unitari onfalociti* ANACEFALI.

La donna di questo mostro aveva 40 anni, era ben conformata come pure il marito che stava perfettamente bene. Aveva avuto quattro figli tutti ben conformati. La donna è estremamente nervosa ed irascibile. Durante l'ultima gravidanza (quella che produsse il feto mostruoso) ebbe moltissime dispute e quistioni col vecchio padre, sordo e cieco da 20 anni, che la mettevano spesso in un vero stato d'esasperazione e di vere emozioni. *È sola coincidenza?*

Il dott. Victorin Saval (d'Avignone), assiste il 5 maggio 1878, al parto di una donna che mise al mondo un bambino senza braccia e senza gambe (*Arch. de Tocol.*, 1878, p. 682). Nè padre nè madre erano malati; nulla di ereditario nelle famiglie ascendenti. La donna avea avuto, 4 anni prima, un figlio ben costituito. L'ultima gravidanza è stata disturbata nel suo inizio da una scena di spavento. Essendo incinta di un mese e mezzo circa, entrò una sera in una rimessa per prendere qualche cosa. Appena entrata, il suo sguardo cadde sopra uno di quei *fantocci* che i contadini mettono nei campi per spaventare gli uccelli. Presa da terrore alla vista di questo *uomo senza gambe e senza braccia* e non rendendosi conto a causa della nascente oscurità dell'oggetto ridicolo della sua paura, chiamò aiuto e cadde svenuta. La gente accorsa la sollevò e le prodigò ogni sorta di cure. Si rimise, ma sentì per due giorni di seguito un senso di malessere generale, poi tutto rientrò nello stato normale. Al termine fisiologico si sgravò d'un feto mostruoso senza gambe e senza braccia come la causa dell'emozione. *È sola coincidenza?*

Vidi registrato tempo fa in un giornale di ostetricia tre osservazioni cliniche sull'influenza delle emozioni nel decorso della gravidanza, ma non avendo al momento preso nota bibliografica, non ho potuto più ricordarmi la fonte, per cui non insisto, dico però che l'autore conchiudeva in favore dell'influenza delle emozioni sulla produzione delle mostruosità. Ma trovo ora altri due casi ben chiari dovuti al dottor Delassus (loco citato più sopra), professore alla Facoltà Medica di Lilla. I fatti coscienziosamente raccolti dimostrano qualmente che le emozioni morali in donne incinte possono essere causa di mostruosità fetali. Li cenno:

1.° CASO. — Signora D. (Pas-de-Calais), in ritardo nelle regole di tre settimane circa, per cui gravidanza dai 40 ai 50 giorni. Mentre pettinavasi, suo fratello entra di soppiatto e le applica all'improvviso

ratoria, per una azione traumatica sul ventre, sia forse disturbando il processo anomalo e quindi aumentando l'ostacolo circolatorio, sia forse infiammando le membrane od altri annessi o producendo qualche altro processo flogistico propizio alla genesi di maggior quantità di liquido nel sacco amniotico. A meno che però non si tratti d'altro genere di anomalia caratterizzata erroneamente pel genere anencefalico.

Un altro dubbio se si tratti realmente d'idramnios acuto, o no, mi mosse leggendo l'osservazione di Raineri (1), caso 37, delle Tavole del Villa.

In questa osservazione l'aumento rapido del ventre è avvenuto nel corso del 7.° mese e crebbe con tanta rapidità che le pareti non tardarono a tendersi enormemente. Al subito aumento del ventre si accoppiarono dolori allo scrobicolo, alla regione sopra pubica, senso molesto di peso all'epigastrio, bisogno frequente ed urgente d'urinare, dolore

---

sulle guance una pelle di coniglio che avea allora scorticato. Spavento vivissimo della donna. A termine si sgravò d'un feto con labbro leporino. La signora non aveva mai visto una simile mostruosità.

Notisi la data della gravidanza al momento dell'emozione: 40 a 50 giorni, cioè in un'epoca in cui i bottoni labbiali non sono ancora saldati. Se l'emozione fosse avvenuta al 7.° o 8.° mese di gravidanza, non avrebbe potuto certamente causare la malformazione.

2.° Caso. — Signora X, a Lilla, si credeva incinta di due mesi circa, quando una sera, nel mese di dicembre, sull'imbrunire entrando bruscamente nel salone, si spaventa alla vista di un enorme cane impagliato messo là a sua insaputa qualche momento prima. L'emozione fu estremamente viva, si sentì commuovere in tutto il suo essere e concepì immediatamente la paura di sgravarsi d'un figlio mostruoso. La gravidanza decorse normalmente. Al 3 luglio vi fu minaccia di parto prematuro, ma il travaglio fisiologico comincia al 21 agosto. Si chiama il dott. Delassus; si rompono le membrane e si ha scolo di una grandissima quantità di liquido amniotico; si fa col riscontro vaginale diagnosi di feto *anencefalico*. Estratto col forcipe, il feto presenta una *testa di gatto*.

Liberata, la madre chiede se il figlio è ben conformato e, alla risposta affermativa data, per non spaventarla, dal dottore, si consola, perchè avea avuto sempre paura di fare un figlio colla *testa di cane* e racconta al dottore, che l'ignorava, il fatto della sua paura.

Anche in questo caso l'emozione avvenne al momento in cui avveniva l'evoluzione delle vescicole cerebrali. *Sono semplici coincidenze?*

Delassus conchiude: « Questi sono fatti e non storie da donnicciuole che io stesso raccolsi precisando i dettagli e dando una specie di valore scientifico. Quanto alla spiegazione non mi preoccupo. In tutti i casi attribuirli a semplici coincidenze non mi pare scientifico, e, benchè il come il fenomeno avvenga mi sfugge, pure non posso impedirmi di vedere in questi fatti una relazione di causa ed effetto. »

Mi sottoscrivo a queste riflessioni ed ammetto che le emozioni morali provate dalla donna nei primi mesi della gestazione possono disturbare l'andamento regolare dello sviluppo dell'uovo ed essere causa di mostruosità.

(1) Raineri. « Un feto mostruoso in grav. compl. da idram. acuto. » Torino, Roux, 1889.

alla coscia destra, insonnia. Causa apprezzabile nessuna; si fa diagnosi di gestazione in corso dell' 8.º mese complicata ad idramnios acuto. Il liquido amniotico raccolto è stato di 3500 grammi. Le anomalie del feto portano principalmente sulla testa; notansi in fatti leggiera atrofia dell'apparato nasale e rimpicciolimento delle orbite con anoftalmia completa bilaterale, oltre ad una specie di adiposi e di edema della faccia. Trattasi, stando ai caratteri teratologici più salienti ad un grado assai grave, di *rinocefalia*, ma Raineri prendendo in considerazione un leggiero grado di rimpicciolimento del cranio, lo caratterizza per mostro *microcefalico*. Ciò non ci interessa nel nostro studio.

La donna era stata esaminata anche dal prof. Chiarleoni che « avea pronosticato una probabile coincidenza di mostruosità coll' idramnios. »

Ma è effettivamente acuto questo idramnios?

Senza ripetere le cose già dette, trovo che la migliore risposta la dà Raineri stesso il quale, avendo studiato il caso ha potuto avere una migliore intuizione clinica. « .... Se è vero, dice, che l' idramnios, sia acuto che lento, viene messo fra le cause di mostruosità, ... bisogna però tosto aggiungere che la mostruosità viene posta fra le cause dell' idramnios.

« Qui poi vi ha di più; le alterazioni del feto che lo resero mostruoso erano già avvenute all' epoca dell' improvviso rapido aumento del liquido amniotico, per cui se si può dire che questo può essere stato occasionato da quello e in qual modo ignoriamo, non si deve certo imputare allo idramnios acuto la produzione della mostruosità. » Val quanto dire, aggiungo io, l' idramnios era cronico, esistendo da un pezzo pel fatto e causa dell' aberrazione di sviluppo fetale, e che nel corso del 7.º mese ascese rapidamente a più sensibili, ma non eccessive proporzioni. Passo oltre alla genesi ed ai caratteri della *rinocefalia*. Quindi anche in questo caso ritengo che non debbasi, a rigore, trattare d' un idramnios acuto primitivo, ma d' un idramnios primitivamente cronico che prese più tardi un corso rapido.

Presso a poco le stesse cose potrebbero dirsi pel caso 27.º (Negri). Poichè è difficile ammettere che un semplice aumento di liquido amniotico, 4 litri al momento del parto, avvenuto nella seconda quindicina dell' 8.º mese di gravidanza, possa produrre un' alterazione del cranio quale è quella che costituisce un *meningo-encefalocele*. Esso doveva

esistere fin dai primi momenti dello sviluppo e con esso per conseguenza l'idramnios che ha potuto poi assumere un decorso rapido.

Dopo quanto ho detto innanzi stimo opportuno non insistere altro su questo caso.

* * *

Una riflessione a proposito di questi casi mi viene quando penso che nessuno degli autori parla della quantità del liquido amniotico nei primi mesi della gravidanza, di maniera che nessuno ha potuto forse convincersi della quantità del liquido anteriore al momento della visita. Era normale o esagerata la quantità del liquido amniotico fino al punto in cui le donne pensarono di ricorrere al medico? In altri termini: l'esagerata quantità di liquido amniotico datava da molto o era insorta subitamente in quegli ultimi giorni?

Dubbio sempre.

* * *

Un'altra sorgente di dubbio la trovo nel fatto che i sintomi riferiti nei succennati casi sono stati poco accentuati in confronto a quelli del grave quadro sintomatologico che caratterizza il vero idramnios acuto.

Questa circostanza tenderebbe a dimostrarmi che più che d'un idramnios acuto insorto subitaneamente deve trattarsi d'un idramnios cronico in cui il ventre aumenta ad intervalli, accompagnandosi tale aumento a piccole sofferenze dovute a stiragliamenti dell'utero e delle pareti addominali. Questa mia opinione è stata confermata da due distinti ostetrici.

Ebbi l'onore, recentemente, di avere in casa mia il prof. Charpentier, di passaggio per Roma, ed il prof. Morisani. Si parlò di tante cose, finalmente feci cadere il discorso sull'idramnios, avendo piacere di avere la loro opinione. Alle mie considerazioni più su esposte, Charpentier disse: « Parfait, nous sommes d'accord. Il y a toujours une exagération « de liquide amniotique, surtout quand le fœtus est petit et personne « ne dit qu'il y a là idramnios. Puis, il y a des utérus qui augmentent « par *saccades,* par poussées, c'est-à-dire, l'utérus arrive à un niveau « quelconque et reste stationnaire pendant quelque temps, puis tout-à- « coup, s'accompagnant de quelques souffrances, il augmente en quelques « jours du double et ainsi de suite. J'ai une jeune dame en ce moment

« chez laquelle l'utérus augmente par poussées avec de vives souffrances « qui font chaque fois craindre un avortement. Je fais garder à la ma- « lade le repos absolu au lit et cela suffit pour éloigner tout danger. Y « a-t-il dans ce cas là tout ce qu'il faut pour admettre un hydramnios « aigüe? Evidemment, non; car il faut entendre pour hydramnios aigüe, « l'hydropisie de l'amnios se produisant d'emblé en 5, 6, 8 jours, sous « l'action d'une cause appréciable sans qu'il en a de traces au paravant « et s'accompagnant avec de très vives souffrances. » Morisani approva. Queste parole insomma confermano la mia opinione, che si ha potuto confondere cioè un idramnios cronico che aumenta ad intervalli con uno acuto.

Che cosa dire delle altre due leggiere deformazioni notate dal Villa, una delle quali un labbro leporino, associate ad idramnios detto acuto? Possiamo dire, come cennai in una nota precedente (p. 561), senza voler fare una critica a fondo, che con tutta certezza non è stato l'idramnios degli ultimi mesi che le ha prodotte. E tale certezza s'acquista tanto più facilmente quando si pensano, limitandomi al solo labbro leporino, la patogenesi e l'epoca della vita intrauterina in cui questa anomalia si determina, cioè nei due primi mesi di gestazione, all'epoca in cui i bottoni labbiali non sono peranco saldati. Difatti, nel caso nostro abbiamo avuto che una donna al 5.° mese di gravidanza cadde sul ventre e « a partire dall'epoca in cui avvenne il trauma, il ventre prese ad aumentare considerevolmente di volume e gli arti inferiori si fecero edematosi, al 7.° mese sviluppo enorme del ventre, dispnea atroce, impossibile il decubito orizzontale. » La malattia durò due mesi, poi, pare, sia avvenuto il parto e quindi non a termine, giacchè il feto pesava 1500 grammi e visse 18 ore. Il feto aveva labbro leporino.

Ora, domando io, il trauma avvenuto al 5.° mese ha potuto disturbare l'evoluzione fetale ed arrestare lo sviluppo dei bottoni labbiali e quindi la determinazione della loro separazione? No. Giacchè, con buona pace del signor Godefroy, autore dell'osservazione (16.ª nelle Tav. del Villa), al 5.° mese le labbra fetali sono da moltissimo tempo ben formate. Quindi l'anomalia doveva preesistere all'azione del trauma e con essa anche l'inizio dell'idramnios, il quale prese maggiori proporzioni in seguito al trauma stesso.

(Continua).

LABORATORIO DI PATOLOGIA GENERALE DELL'UNIVERSITÀ DI PARMA
diretto dal Prof. **Rattone.**

Cellule simili alle deciduali sulla mucosa tubarica

in un caso di salpingite catarrale acuta

Osservazione del Dott. TULLIO FERRARI
già Aiuto nell'Istituto Ostet.-Ginecol. di Firenze.

Sicuro di non fare cosa affatto priva di interesse scientifico, con questo scritto metto alla conoscenza degli studiosi un reperto da me riscontrato, esaminando l'estremo addominale di una tuba falloppiana di donna affetta da salpingite catarrale acuta. Tale reperto, per quello che ho potuto constatare colle ricerche bibliografiche da me istituite sull'argomento, avrebbe il pregio della novità; esso consiste nella presenza di cellule affatto simili alle cellule deciduali uterine della donna.

Le sezioni nelle quali si scorgono simili cellule, sono state tolte da un punto della tuba che corrisponde al suo padiglione; esaminato lo stesso condotto in punti più vicini all'utero, non presentò mai un simile reperto, per quanto le sezioni prese in esame fossero numerosissime. Perchè il lettore abbia meglio ad orizzontarsi osservando l'immagine del preparato, premetto che il condotto tubarico nel punto dal quale vennero tolte le sezioni era foggiato ad imbuto ed un po' piegato lateralmente; ciò fu la conseguenza di aderenze peri-salpingitiche, le quali obbligarono il padiglione in una posizione anomala e ne restrinsero notevolmente lo sbocco addominale. Le cavità quindi che si scorgono nel preparato, per la massima parte sono date dalle stesse pieghe della mucosa colpite in varie direzioni dal taglio del microtomo. Le fibre muscolari per la stessa

ragione sezionate in varie direzioni, si presentano sotto gli aspetti più diversi. Le cellule che per forma si avvicinano alle cellule deciduali, si trovano negli spazii esistenti fra le pieghe della mucosa, e sono, quando lo spazio lo permette, riunite in gruppi di cinque o sei; in certi punti la mucosa tubarica è esclusivamente composta di queste forme cellulari. Il nucleo di questi grandi elementi, la maggior parte delle volte centrale ed unico, si trova spesso alla periferia della cellula; esso si tinge bene ma non intensamente colle varie sostanze coloranti; la sua forma per lo più rotondeggiante, assume spesso quella di un biscotto e di un ferro di cavallo. Il protoplasma finalmente granuloso, si tinge bene coll'acido picrico, meno bene coll'eosina; esso presenta talvolta dei vacuoli non colorabili. La grandezza di questi elementi è molto varia, oscilla fra i 10,00 μ. ed i 25,00 μ.; per essi come per gli elementi deciduali, si può dire che la variabilità del volume ne costituisce un carattere speciale. In certi punti è visibile il solo nucleo, circondato da un detrito granuloso in mezzo al quale non è più riconoscibile il contorno della cellula. Nello spessore della parete trovansi poi altri grossi elementi; di essi farò cenno in seguito.

Cellule simili alle deciduali all'infuori dello stato gravidico, furono riscontrate dai seguenti autori:

Maier (1) nel 1876 descrive due tumori con punto di partenza dal fondo uterino, quasi esclusivamente composti di grosse cellule simili alle deciduali, separate qua e là da qualche fibra connettiva; egli battezzò tali tumori col nome di deciduomi.

Chiari (2) nel 1879 riferisce tre casi di tumori uterini in cui si trovarono elementi deciduali; questi tumori ebbero decorso maligno.

Overlach (3) nel 1885 riscontra delle cellule simili alle cellule deciduali sulla mucosa dell' utero in un caso di avvelenamento per fosforo.

---

(1) Maier. « Ueber Geschwulstbildungen mit dem Bau Deciduagewebes. » *Virchow's Archiv.*, Bd. 67, 1876.

(2) Chiari. « Ueber 3 Falle von primären Carcinom in fundus und Corpus des Uterus » *Oest. Med. Jarbücher*, 1877.

(3) Overlach. « Die pseudomenstruirende Mucosa uteri nack akuter Phosphorvergiftung. » *Archiv. f. mikr. anat.*, XXV, 1885.

Calderini (1) nel 1888 riesce a produrre cellule simili alle cellule deciduali in uteri di coniglie nullipare stimolandone meccanicamente la mucosa.

Rattone (2) nel 1890 descrive un tumore, esportato dall'utero, composto di elementi deciduali in piena attività cariocinetica.

Pfeifer (3) nel 1890 riferisce di un tumore da lui chiamato deciduoma maligno, composto quasi esclusivamente di elementi deciduali.

Curatolo (4) nel 1890 studiando le alterazioni che subisce la mucosa del corpo dell'utero nel carcinoma della porzione sotto-vaginale di esso, vi ha potuto constatare la presenza di tre forme di grandi cellule, delle quali una molto somigliante agli elementi deciduali.

Sänger (5) nel 1891 descrive sotto il nome di deciduoma maligno un tumore composto di nodosità disseminate nella muscolatura uterina costituito da cellule simili alle cellule deciduali che egli farebbe derivare da abnorme proliferazione di resti deciduali.

Pestalozza (6) nel 1891 in un caso di sarcoma dell'utero che ha dato luogo a metastasi e che egli chiama sarcoma emorragico infettante, ha riscontrato degli elementi giganti, sull'origine dei quali emette l'idea che siano dovuti ad una speciale degenerazione degli elementi muscolari lisci, non mostrandosi però alieno dall'ammettere che si possa trattare di una abnorme proliferazione degli elementi deciduali.

Colle ricerche bibliografiche che ho potuto fare, non mi fu dato di trovare che qualcuno abbia descritto grandi cellule simili alle deciduali nelle trombe falloppiane di donne all'infuori dello stato di gravidanza. Hennig (7) solo si limita a dire che le cellule epiteliali della tuba, nei

---

(1) Calderini. « Cellule simili a quelle della decidua ottenute sperimentalmente mediante stimolo meccanico. » *Giornale della R. Accademia di Medicina*, N. 1, Parma, 1888.

(2) Rattone. « Sul deciduoma. » Comunicazione dell'*Ateneo Medico Parmense*, 1890.

(3) Pfeifer. « Ueber eine eigenartige Geschwulstform des Uterusfundus. » *Prager Medicin. Wochenschr.*, N. 26, 1890.

(4) Curatolo. « Ricerche istologiche e considerazioni cliniche sulle alterazioni della mucosa uterina nei tumori della matrice e contributo allo studio degli elementi della decidua. » Roma, giugno 1890. *Annali di Ost. e Gin.*, 1891, I, II.

(5) Sänger. « Ueber Deciduome. » *Centr. f. Gynaek.*, N. 24, 1891.

(6) Pestalozza. « Contributo allo studio dei sarcomi dell'utero. » *Morgagni*, settembre 1891.

(7) Hennig. « Il catarro dei genitali interni della donna. » Lipzia, 1862, pag. 30 e 85.

processi catarrali, possano andare incontro alla degenerazione mucosa e ialina e dopo staccatesi e cadute nel lume tubarico, dar luogo, sempre per l'irritazione prodotta dal processo flogistico, ad altre forme di cellule.

Nel caso nostro l'aumento di volume della tuba, il quale è dovuto allo stato infiammatorio in cui essa si trova, la mancanza assoluta di villi coriali, di fenomeni gravidici materni, e delle cellule grandi in tutto quel tratto di tuba che è situato all'indentro del padiglione, ci mettono sull'avviso che si tratti di un semplice fatto irritativo locale, e ci fanno escludere che possa trattarsi di una produzione gravidica. L'apertura del ventre praticata per estirpare gli annessi, e l'esame ripetuto della donna prima dell'operazione, non ci fecero rilevare alcuno di quei fatti morbosi che soglionsi accompagnare alle gravidanze ectopiche (ematocele retro-uterino, ematoma del legamento largo, presenza di sacche intraperitoneali, ecc.); il solo fatto patologico esistente oltre la salpingite era qualche aderenza intorno al padiglione, prodotta certamente dalla diffusione della flogosi tubarica al peritoneo pelvico. La forma, il volume e le alterazioni patologiche macroscopicamente rilevabili, sono identiche nelle due tube.

Ora che abbiamo accennato ad una parte del reperto ed a quanto si richiedeva per fare un po' di luce sullo stesso, mi sia concesso di fare qualche considerazione su altre due forme di grandi elementi, che si trovano pure nel pezzo che andiamo studiando.

Fra le osservazioni che io più sopra ho riportato, quantunque risiedente nell'utero invece che nella tuba, l'osservazione descritta da Curatolo sarebbe quella secondo me che più si avvicina alla nostra per le alterazioni patologiche che vi figurano. Il trovare fatti identici nell'utero e nella tuba, non deve fare alcuna meraviglia, quando si pensi che i due organi, i quali hanno una stessa origine embrionale, hanno anche una struttura identica ed una funzionalità che talvolta può supplirsi a vicenda (scolo sanguigno menstruo tubarico ed uterino, gravidanza tubarica ed uterina, ecc.)

Unitamente ai grandi elementi simili a quelli della decidua, Curatolo nell'osservazione ottava osserva una abbondante infiltrazione parvi-cellulare della mucosa ed uno sfaldamento dell'epitelio della stessa; il primo di questi due fatti accennati è molto spiccato nel nostro pezzo ed

è stato pure verificato dal Pestalozza nel caso da lui descritto; il secondo era molto pronunciato in quello descritto da Sänger.

Essendo impossibile, per quanto la riproduzione possa essere stata perfetta, di dare un giudizio di un preparato vedendone una sola figura, mi esonero dall'istituire paragoni fra gli elementi da me riscontrati nella tuba con quelli riscontrati da altri nell'utero; solo mi accontento di far notare la grande analogia di tali reperti.

Nello spessore dello strato muscolare del preparato che noi presentiamo, esistono dei grossi elementi a forma e dimensioni molto varie, i quali stanno a rappresentare sezioni trasversali, longitudinali ed oblique di fibre muscolari giganti. Oltre a questa ipertrofia delle fibro-cellule muscolari, credo vi sia pure una notevole neoformazione delle medesime; disgraziatamente non posso però dimostrare in modo diretto questa neoformazione, perchè il trattamento delle sezioni col metodo escogitato dal Martinotti (1) per la dimostrazione della cariocinesi nei pezzi conservati nell'alcool, mi ha fallito nel mio intento. (V. Nota).

La stessa origine, dalle fibre muscolari lisce, attribuisce pure Pestalozza (2) agli elementi giganti da lui riscontrati e descritti nel sarcoma di cui io ho fatto cenno; per precisare maggiormente dirò, che questo autore si mostra propenso a considerarli come forme speciali degenerative degli elementi muscolari lisci. Curatolo (3), che ha pure trovato forme analoghe nella mucosa del corpo dell'utero in casi di carcinoma della porzione sotto-vaginale dello stesso, crede che esse provengano da fibro-cellule muscolari neo-formate. Per varie ragioni, e più di tutto per la già accennata non adatta conservazione del pezzo in esame, non posso decidere quale di queste due interpretazioni si convenga di più al caso nostro; faccio solo osservare, che l'aspetto ialino del nucleo, la forma dissimile dagli elementi sarcomatosi ed il non trovarsi frammi-

---

(1) Martinotti e Resegotti. *Zeitscrift für wissenschaftliche Mikroskopie und für mikroskopische Technik,* Band. IV, 1887, S. 326-329.

Nota. — La mancata reazione sui nuclei nel caso nostro credo debba addebitarsi alla poco buona qualità dell'alcool in cui il pezzo è stato conservato ed al volume sufficientemente grande di questo; lo stesso metodo applicato a pezzi opportunamente conservati, ci diede altre volte buoni risultati.

(2) Pestalozza, loco citato.

(3) Curatolo, loco citato.

schiati agli elementi rotondi, caratteri sui quali il Pestalozza si fondò per ritenere gli elementi giganti da lui descritti per forme degenerative, nel caso nostro mancano.

Quei grandi elementi con protoplasma assai chiaro, di forma ovale, contenenti varie granulazioni e che occupano costantemente il posto delle cellule epiteliali cilindriche di rivestimento, sono cellule epiteliali in incipiente degenerazione mucosa. Di questo possiamo essere sicuri avendone trovate in tutti gli studii di evoluzione. Queste cellule mostrano di essere in grande attività formatrice, poichè in certi punti invece di essere disposte in un solo ordine sono sovrapposte a più strati; in altri punti ove la neoformazione è più abbondante, esse sono riunite in veri ammassi che otturano completamente il lume delle cavità in cui sono contenute. Le dimensioni di questi elementi, le quali sono di solito tanto maggiori quanto più centrale rispetto al lume delle cavità è il punto nel quale si considerano, e la loro forma stessa, la quale in quelli sottoposti a nessuna pressione tende a farsi rotondeggiante, ci fanno persuasi che essi non rappresentino che forme di passaggio di quei grandi elementi che noi abbiamo costantemente riscontrati nel lume delle cavità e dei quali in principio del lavoro abbiamo data la descrizione. Lo spiccato carattere degenerativo di questi grandi elementi rotondeggianti, rilevabile, secondo quello che abbiamo già detto, tanto dallo stato del loro nucleo (poco colorabile), quanto da quello del loro protoplasma (presenza di vacuoli, disfacimento completo), darebbe molto valore a questa ipotesi. Klebs (1) per spiegare la presenza di elementi affatto identici, da lui riscontrati in un caso di croup bronchiale cronico, accetta la stessa ipotesi.

Seguendo convenientemente il preparato in cui si trovano questi grandi elementi, abbiamo anche potuto persuaderci che la forma di elemento deciduale rappresenta per le cellule epiteliali cilindriche l'ultimo stadio della loro esistenza, al quale fa seguito la disgregazione; questa, iniziatasi nel protoplasma, invade in seguito anche il nucleo.

Colla speranza che l'interpretazione da me data a queste varie

---

(1) Klebs. « Die Krankhaften Störungen des Baues und der zusammensetzung des menschlichen Körpers. » Jena, 1889.

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS OF ENGLAND
23 SEP 92
LIBRARY

Dott. T. Ferrari. — **Cellule simili alle deciduali sulla mucosa tubarica.**

(Fototipia di M. Bassani — Milano).

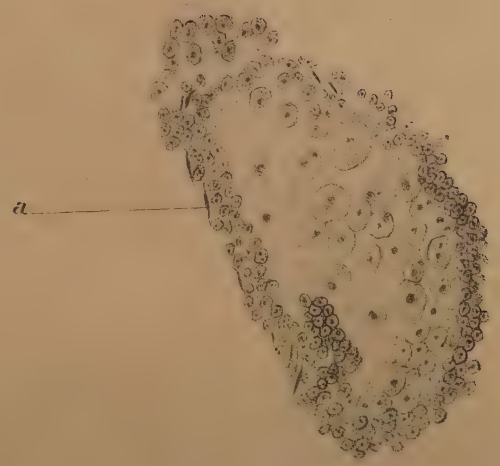


Tavola I.

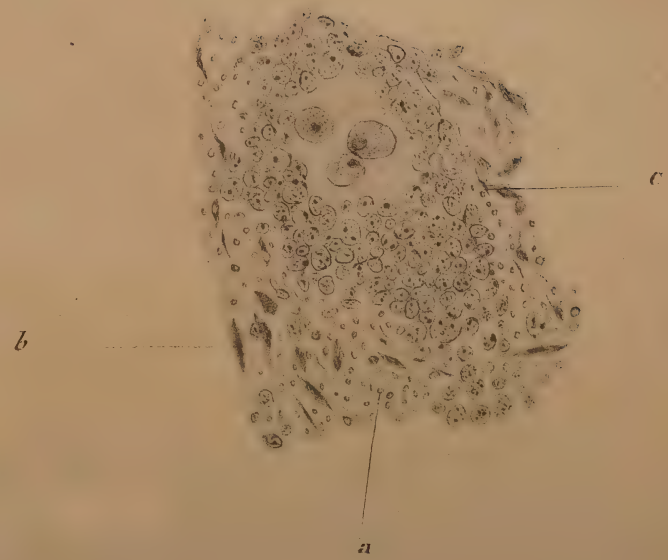


Tavola II.

forme di grandi elementi sia confacente alla verità, ci tengo più che tutto a far risaltare con questo scritto la grande analogia esistente fra le forme morbose dell'utero e quelle della tuba; analogia che certamente riconosce come causa principale l'identico modo di reagire ai varii stimoli degli elementi componenti i due organi.

Senza il minimo intendimento di voler contribuire con questa pubblicazione alla conoscenza dell'origine degli elementi deciduali veri, la quale, secondo quello che pensiamo noi e la massima parte degli autori, è ben diversa da quella degli elementi consimili da noi ora descritti, abbiamo con essa voluto mettere in chiaro il fatto che « sotto stimoli infiammatorii le cellule epiteliali della tuba possono proliferare abbondantemente, e dar luogo in seguito alla formazione di elementi simili a quelli della decidua. »

Ringrazio il prof. Rattone per gli ottimi consigli prodigatimi sull'argomento.

SPIEGAZIONE DELLE FIGURE.

Tavola I.

Cavità risultante dalla fusione di due pieghe mucose contigue ripiena di grandi cellule simili alle deciduali di dimensioni varie. Le pareti della cavità invece di essere costituite dalle cellule endoteliali della membrana di sostegno e dalle cellule cilindriche dell'epitelio di rivestimento, sono costituite da più strati di cellule rotonde provenienti dalla proliferazione e metamorfosi delle cellule epiteliali cilindriche dell'epitelio di rivestimento.

Nel lume della cavità, in mezzo ad un detrito amorfo, si scorgono le cellule grandi simili alle deciduali in vario grado di sviluppo, e qualche nucleo libero, sola parte superstite di qualcuna delle grandi cellule presa da processo degenerativo.

Alla periferia del preparato esiste ancora qualche traccia delle cellule endoteliali della membrana di sostegno (V. *a*). Oculare 4. Obbiettivo 6. Altezza del tubo 160 mm. Foglio all'altezza del tavolino. Camera chiara. Microscopio Koristka.

Tavola II.

Cavità risultante dalla fusione di due pieghe mucose contigue. La cavità contiene qualche cellula grande e nelle pareti di essa si scorge un'abbondante proliferazione di cellule rotonde ed ovali di origine epiteliale, come nella figura precedente.

Alla periferia del preparato si scorge: in

a) un'abbondante infiltrazione di cellule rotonde migratrici;
b) delle fibre muscolari ipertrofiche sezionate in varie direzioni;
c) qualche traccia delle cellule piatte della membrana di sostegno.

Oculare 4. Obbiettivo D 0,18. Foglio all'altezza del tavolino. Tubo chiuso. Camera chiara. Microscopio Zeiss.

COMPARTO OSTETRICO-GINECOLOGICO DELL'OSPEDALE MAGGIORE DI MILANO
diretto dal Prof. Luigi Mangiagalli.

Nuovo contributo allo studio dell'Ittiolo in Ginecologia

DEL

Dott. ROMOLO POLACCO

Assistente.

Il dottor J. Chéron, inaugurando la ripresa delle sue lezioni di clinica ginecologica nell'Ospedale di San Lazzaro a Parigi (1), delinea un programma al quale tutti i moderni ginecologi mi pare dovrebbero sottoscrivere e che essendo conforme alle idee del mio maestro, il professore Mangiagalli, fu la base e lo stimolo delle ricerche esposte nel presente lavoro. L'epoca « addominale » della chirurgia ginecologica, l'epoca cioè nella quale non solamente ogni alterazione, per quanto lieve, degli annessi era pretesto alla laparotomia, ma nella quale si praticarono tante e tante castrazioni nella illusoria speranza di rimediare alle turbe nervose le più diverse dalla istero-epilessia alla semplice nevralgia pelvica, nella quale la laparotomia esplorativa era divenuta di applicazione troppo facile, è e deve essere finita, non solo perchè è ben lungi dall'essere vero che l'ablazione degli annessi per via laparotomica sia sempre seguita da guarigione radicale, non solo per la mortalità operatoria che, specialmente nelle pio-salpingi e negli ascessi tubo-ovarici è lungi dall'essere trascurabile, ma perchè i risultati remoti non furono completamente soddisfacenti.

E procedendo nell'esame strettamente, rigorosamente logico, il Chéron viene poi ad esaminare la castrazione uterina immaginata dal Péan ed

(1) *Révue Médico-Chirurgicale des maladies des femmes*, treizième année, 25 nov. 1891.

appoggiata e sostenuta poi vigorosamente dal Segond, facendo notare come le ablazioni delle trombe e degli annessi eseguite per via laparotomica, le isterectomie eseguite per via vaginale, accompagnate o no dalla asportazione degli annessi, costituiscano piuttosto che un reale progresso, un vero riconoscimento della nostra impotenza nel curare le malattie utero-ovariche, impotenza che ci spinge, riconosciuta una volta la malattia, a procedere senz' altro al sacrifizio dell' organo ammalato. Ed è qui che la chirurgia ginecologica si è troppo allontanata dalla legge fondamentale della chirurgia generale moderna, per la quale torna ad altissimo onore l' essere eminentemente conservatrice, perchè non urga di richiamarla al suo vero scopo che è di guarire, non di distruggere gli organi ammalati, molto più che le opinioni di C. C. Coë (1), di Martin (2), di Imlach (3), di Polk (4), di Walton (5), di Grandin (6), di Pichevin (7), stabiliscono in modo irrefutabile che l'ovarite cronica può spontaneamente guarire permettendo di poi il concepimento, che essa non impedisce l'ovulazione, che la salpingite stessa può guarire naturalmente, e che lungi dal condurre fatalmente a sterilità, può permettere in casi assai frequenti la fecondazione.

E dopo aver citato ancora l'opinione di Doléris (8), il quale al congresso di Berlino diceva chiaramente l' avvenire della ginecologia appartenere ai metodi di cura di conservazione, non a quelli di distruzione, mi è grato citare fra i ginecologi italiani il mio maestro professore Mangiagalli, il quale aspetta a praticare l'ablazione degli annessi quando l'ammalata rientra sofferente nel comparto ginecologico ripetutamente, quando cioè l'osservazione prolungata, o le condizioni peculiarissime del caso, o gli infruttuosi tentativi terapeutici rinnovati hanno dimostrato a tutta evidenza la necessità assoluta dell'intervento operativo.

È dunque oggi logico e giusto non solo, ma conforme ai principii

---

(1) C. C. Coe. *N. Y. Med. Journ.*, 17 apr. 1886 e *Am. Journ. of Obst.*, giugno 1886.

(2) Martin. « Traité clin. des maladies des femmes. » Trad. franç., 1889.

(3) Imlach. « Oophorraphie. » Soc. ingl. di gin., 11 nov. 1885.

(4) Polk. *Transact. of the amer gynec. Society*, vol. XII, N. V, 1888, p. 128.

(5) Walton. « Contribution à l'étude de la péritonite. » Bruxelles, 1888.

(6) Grandin. *Med. Record.*, 25 ag. 1888.

(7) Pichevin. « Des abus de la canstraction chez la femme. » Paris, Steihneil, 1890, pag. 43.

(8) Doléris. « L'obiectif phisiologyque en gynéc. » Congr. de Berlin, 1890.

di onesta terapia ginecologica l'accettare le conclusioni colle quali lo Chéron chiude il suo lavoro:

1.° *L'ablazione di un organo, lungi dall'essere una vittoria è una disfatta terapeutica.*

2.° *La ginecologia dell'avvenire è la ginecologia conservatrice.*

Nei numeri 12.° del dicembre dell'anno 1891 e 1.°, 2.°, 3.°, gennaio, febbrajo, marzo 1892 del giornale *Nouvelles Archives d'Obstétrique et de Gynécologie,* il professore Doléris, conferma le idee già da lui esposte al Congresso di Berlino nell'agosto 1890, secondo le quali il più grave pericolo che minaccia la moderna ginecologia consiste nella tendenza generale a sostituire i processi di distruzione ai processi di conservazione. Ora poi le opinioni da lui accennate acquistano importanza e gravezza pel fatto che non è soltanto la castrazione che si deve combattere, ma altresì l'isterectomia che al Doléris sembra ben più pericolosa. Premesso che per lui il trattamento chirurgico riesce assai gradito come quello che procede in modo franco e diretto allo scopo, fa notare poi come la chirurgia attuale sia la negazione assoluta della chirurgia vera, perchè pretende di raggiungere i proprii intendimenti asportando puramente e semplicemente gli organi ammalati. L'ideale della ginecologia, ideale basato sulle nozioni della fisiologia e della anatomia patologia, è la guarigione integrale delle lesioni unita alla conservazione della funzione od al suo ripristinamento. E, fedele alle proprie idee che, conviene dirlo, sono inspirate alle più savie massime di ginecologia curativa, aggiunge il professore parigino come egli non esiti a dichiarare che prova assai più grande soddisfazione nel guarire una ovaro-salpingite con mezzi curativi, di quella che chicchessia potrebbe provare nell'eseguire brillantemente dieci grandi mutilazioni e come, lungi dal cedere alla tentazione di allineare lunghe serie di ovariotomie e di isterectomie per lesioni organiche che si possono con altri mezzi guarire, egli sia oggi più che mai orgoglioso di diminuirne il numero. — E prima di venire ad esporre una serie di casi gravi da lui curati e guariti con mezzi semplicemente curativi od operativi, ma di non grande importanza, egli aggiunge una frase, che dovrebbe essere seriamente considerata da quelli che si stancano al primo tentativo e giudicano inguaribile una malattia ginecologica solo perchè ha resistito al primo mezzo od ai primi mezzi impiegati: « *In generale si manca di pazienza e di perseveranza.* »

Inspirandomi alle idee del mio maestro che sono perfettamente conformi alle suesposte, ed ossequente al benevolo invito di lui, io pubblicavo nel marzo 1891, nel giornale *Annali di Ostetricia e Ginecologia,* un lavoro sull' « Ittiolo in Ginecologia, » lavoro che era il risultato di osservazioni cliniche istituite su oltre 130 donne nel comparto ostetrico-ginecologico e nell' ambulanza ginecologica dell' Ospedale Maggiore di Milano. Le conclusioni alle quali io era stato tratto erano favorevolissime all'Ittiolo sotto il punto di vista analgesico e favorevoli pure a questo medicamento usato come solvente.

La mia memoria sull'Ittiolo, la sesta in ordine di tempo che fosse stata pubblicata riguardo all' uso dell' Ittiolo in ginecologia, e la prima che apparisse in Italia, colle sue conclusioni oltremodo favorevoli all'impiego di questo rimedio nella cura delle affezioni dell' apparecchio genitale muliebre più gravi, più dolorose e più ribelli, oltrechè spingere gli altri ginecologi a nuovi studi ed a nuove pubblicazioni in proposito, impegnava me stesso ad occuparmi con ogni cura, con ogni attenzione di ricerche nuove e numerose per poter bene stabilire i limiti e la potenza di azione di questo rimedio che, per quanto nuovo, era stato già studiato da persone valentissime quali Freund (1), Reitmann e Schonauer (2), Bloch (3) e Kötschau (4).

Subito dopo la pubblicazione del mio lavoro comparvero, specialmente sui giornali medici tedeschi, i rendiconti delle esperienze che già si erano istituite in molte cliniche. Il dott. V. Herff, pur non accordando all'Ittiolo la azione solvente (5), concordemente all'Oberth (6) che eseguì le proprie ricerche nella clinica di Chrobach in Vienna, attribuiva all'Ittiolo una notevole azione anti-infiammatoria e calmante.

---

(1) H. W. Freund. *Berl. Klin. Voch.*, N. 11, 1890. « Ueber die Anvendung des Ichthyols bei Frauenkrankheiten. » — Ibid. N. 45, 1890. « Neuer Beitrag zur Ichthyolbehandlung bei Frauenkrankheiten. »

(2) Reitmann e Schoenauer. *Wien. Klin. Wochenschr.*, N. 33, 1890. « Zur Ichthyol-Behandlung von Frauenkrankheiten. »

(3) R. Bloch. *Wiener. Medic. Voch.*, N. 50 und 51, 1890. « Mittheilungen über die Ichthyolbehandlung bei Frauenkrankheiten. »

(4) Koetschau. *Münch. Med. Wochenschr.*, N. 1, 1891. « Kurzer Beitrag zur Ichthyoltherapie bei Frauenkrankheiten. »

(5) V. Herff. *Münch. Med. Woch.*, N. 17, 1891.

(6) Oberth. *Wr. Klin. Wochen.*, N. 16, 1891.

In un discorso fatto alla società ginecologica britannica, Roberto Bell (1), parlando della cura delle malattie croniche degli annessi uterini, lodava la azione *potentemente risolvente* dell'Ittiolo, che aveva applicato mediante tamponi mescolandolo con glicerina ed acido borico, perchè questo rendesse possibile di lasciare in posto i tamponi anche durante tre giorni. Poco dopo alla sezione ostetrica e ginecologica del quarto congresso medico russo, il dott. Massin di Pietroburgo (2) comunicava di avere impiegato l'Ittiolo dodici volte in diverse malattie ginecologiche come mezzo efficace analgesico e risolvente.

Nel giugno 1891 il dott. Albertoletti, assistente nell'Ospedale Maria Vittoria in Torino, pubblicava alcuni « Brevi cenni sull'Ittiolo nella terapia dei morbi utero-ovarici » (*Giornale della R. Accademia di Medicina di Torino*). In questo lavoro il ginecologo torinese dimostra di conoscere abbastanza bene la letteratura tedesca riguardante l'argomento, tanto da citare le stesse parole della prima memoria del Freund che io avevo citato nella mia, ma dimentica completamente o gli è sfuggito il mio lavoro che, comparso parecchi mesi prima del suo, era pure conosciuto in Germania, tantochè lo vedo anche oggidì ripetutamente citato dagli autori tedeschi. Eppure le idee del dott. Albertoletti furono in moltissima parte identiche a quelle che io avevo espresso con così notevole precedenza, tantochè, fino pei preparati iodici esso si trova ad esporre le stesse osservazioni che si riscontrano nella mia memoria. Ad ogni modo, e questo è l'importante, le conclusioni cui egli fu condotto, sono identiche alle mie. Debbo tuttavia fare ancora una osservazione a questo lavoro del resto coscienzioso ed accuratissimo. Il dott. Albertoletti dice che « nelle cure fatte all'Ospedale Maria Vittoria spiccò sempre l'azione analgesica, ma le forme essudative poche volte cedettero alla sola cura ittiolica. » Ebbene, mi permetta il mio egregio collega di non accedere alla di lui opinione, perchè e per argomentazioni aprioristiche e per fatti clinici debitamente e non da me solo, ma anche dal professore Mangiagalli e dai colleghi, ripetutamente ed accuratamente constatati, io posso affermare e confermare nel modo più

---

(1) *The Provincial Medical Journal*, Leicester, N. 113, 1891. A. Bell. « The treatment of Chronic Disease of the Uterine Adnexa. »

(2) *Deusche Medixinal Zeitung*, Berlin, N. 51, 1891.

reciso che l' Ittiolo possiede una azione spiccatamente solvente, che se non è comparabile per eccellenza e prontezza con la azione analgesica, pur nondimeno esiste, e così chiara e conclamata che è impossibile il metterla in dubbio. Del resto lo stesso dottore Albertoletti pensa a modificare la propria opinione in una nota che segue immediatamente alle parole che ho citato e che dice precisamente così: « Ciò non ostante, in ogni caso si alleviarono o scomparvero affatto i sintomi subbiettivi, migliorò lo stato generale, cessò in qualche caso l' indicazione di atti operativi gravi. » Ora, per fermarmi specialmente ai sintomi subbiettivi nelle forme essudative, non vedrei e non saprei da quale causa potrebbero essi dipendere se non da dolore e da compressione, ed il dolore io vorrei alla sua volta far dipendere ancora da due cause opposte, ma agenti in modo analogo, compressione e stiramento. Come avrebbero queste due cause di dolore potute esser tolte definitivamente se non togliendo il fatto meccanico che le sosteneva? Sarebbe come supporre nell' Ittiolo una azione torpente generale e locale analoga a quella dell'oppio e derivati, cosa contraddetta dai fatti clinici non solo, ma che non potrebbe e non dovrebbe avere effetto durevole: del resto come il dolore avrebbe potuto estinguersi, come avrebbe potuto cessare « l' indicazione di atti operativi gravi » se gli essudati, se gli inspessimenti infiammatorii avessero persistito nella loro integrità assoluta o quasi?

Il dott. Kurz di Firenze (1) ebbe pure dall' uso dell' Ittiolo ottimi risultati: il metodo da lui impiegato fu quello raccomandato da Freund, ed egli non esita ad aggiungere la sua voce autorevole a quella degli autori che in questo studio lo avevano preceduto, dal momento che « l'Ittiolo rappresenta un importante acquisto della terapia ginecologica, perchè di fronte allo sviluppo dei metodi operativi, una efficace cura medica era rimasta troppo a lungo un pio desiderio. » Egli riguarda come assai notevoli a questo riguardo i risultati ottenuti dalla terapia ittiolica nella cura dell' idrosalpinge, malattia questa che dà così frequente argomento ad interventi operativi « i quali spesso danno risultati migliori per l'operatore che per l' operata » ed eccita ad intraprendere in questi

---

(1) *Deutsch. Medic. Woch.*, 1891, N. 43. EDGAR KURZ. « Beitrag zur Freund'schen Ichthyolbehandlung der Frauenkrankheiten. »

casi ed a continuare pazientemente la cura coll'Ittiolo perchè « queste operazioni di mutilazione per quanto moderne possano essere, non rispondono certamente allo spirito della moderna chirurgia conservatrice. »

Troppo giuste sono queste idee esposte dal Kurz quale risultato e conclusione del suo lavoro perchè esse abbisognino di aggiunta o di commento: infatti qual chirurgo, qual ginecologo veramente moderno non dovrebbe dare la preferenza ad una cura medica anzichè ad un atto operativo, quando la cura medica provvedesse alla conservazione di un organo del quale la chirurgia « *conservatrice* » non saprebbe proporre che la mutilazione o l'ablazione? Escher di Kopenhagen non è molto favorevole all'impiego dell'Ittiolo in ginecologia (1); i risultati migliori furono da lui ottenuti con questo medicamento nelle ovariti e periovariti e nelle poco estese parametriti, i meno favorevoli (contrariamente al Kurz) nelle salpingiti. Osservò in due casi durante la cura ittiolica la comparsa di un'eritema generale. Per quanto l'A. asserisca che in un caso della pratica d'un di lui amico l'eritema comparve semplicemente durante la cura con ittiolato di sodio e d'argento, pure devesi notare che egli stesso riconosce che la comparsa di tali eritemi è forse dovuta soltanto alla mescolanza dell'Ittiolo colla soda.

In ugual modo che l'Escher, il Pée di Berlino (2) si manifesta poco favorevole all'Ittiolo, assegnandogli solo una azione analgesica, ed anche questa di non lunga durata, tantochè dice che qualche volta dopo non molti giorni di cura ittiolica, il ritorno delle antiche sofferenze costringe il ginecologo a ricorrere ad altri mezzi terapeutici. È però notevole come lo stesso Pée pensi a mettere in contraddizione le proprie premesse colle proprie conclusioni: infatti i risultati delle sue esperienze vengono da lui riassunti con queste parole: « Noi non possiamo adunque unirci alle raccomandazioni entusiastiche fatte dell'Ittiolo come mezzo curativo in ginecologia, per quanto vogliamo considerarlo come mezzo sintomatico accettabile nell'arsenale terapeutico quale analgesico. »

Un lavoro tedesco che appartiene ad un uomo noto per ricerche ginecologiche accurate e coscienziose anche sulla elettroterapia, il Köt-

---

(1) *Gynäkol. Obstetr. Meddel,* Bd. VIII, Hft. 3-4, p. 281. Ref. in *Centralbl. f. Gyn.,* N. 41, 1891.

(2) *Deusch. Medicin. Woch.,* N. 44, 1891. Ad. Pée. « Ueber Ichtyol und Lysol in der Gynaekologie und Geburtshülfe. »

schau, ci assicura della importanza grande che l'Ittiolo ha conquistato nella terapia dei morbi muliebri (*Sammlung Klinischer Vorträge* begründet von R. von Volkmann, neue Folge, heransgegeben von Ernst von Bergmann, Vilhelm Erb, und Franz Winckel, N. 35, « Zur Ichthyolbehandlung in der Frauenheilkunde. ») Esaminando le ricerche coscienziose fatte dagli autori che succedettero al Freund, e citando fra gli altri ripetutamente quello da me pubblicato nel marzo 1891, coordinando una serie di risultati che gli vennero privatamente comunicati, ed esponendo i risultati da lui ottenuti dalla fine di maggio alla fine di ottobre 1890 in 127 casi da lui « *esattamente osservati senza entusiasmo e senza ottimismo,* » l'autore ha potuto formarsi una convinzione assoluta ed esatta riguardo all'Ittiolo.

« Soltanto voci isolate vorrebbero, » dice egli a questo proposito « che all'Ittiolo si assegnasse solamente un posto molto modesto nell'armamentario medico del ginecologo: dove avvi molta luce, non manca certamente anche l'ombra. »

Il più recente lavoro riguardante l'Ittiolo è quello del dott. Niemirowsky di Mosca (1). Questo autore riconosce l'azione solvente ed analgesica dell'Ittiolo, ed anzi, in riguardo a quest'ultima dice che l'alleviamento dei dolori si manifestava già dopo l'applicazione di uno o due tamponi, sicchè durante le cure fatte con questo rimedio non ebbe mai bisogno di ricorrere ai narcotici.

Non credo che intorno a questo argomento siano stati pubblicati altri lavori, ove se ne eccettui uno di Schäffer, favorevole al medicamento che non mi fu possibile di procurarmi (2).

---

(1) *Internationale Klin. Rundschau,* N. 3, 1892. NIEMIROWSKY. « Ueber die Anvendung des Ichthyols bei Frauenkrankheiten. »

(2) Questo lavoro era già in corso di stampa, quando il dott. G. Mazzoni comunicava alla Società Lancisiana degli Ospedali di Roma, nella tornata del 21 maggio, i suoi risultati delle esperienze fatte coll'Ittiolo. Provatolo su 100 casi, lo ritiene un acquisto importante per la ginecologia. Per ciò che spetta all'elemento dolore nessun mezzo gli parve così attivo come l'Ittiolo che, dopo 2 o 3 applicazioni vaginali permette talora di eseguire esplorazioni che avrebbero altrimenti richiesto la narcosi. Questo mezzo fu usato nelle infiammazioni acute e croniche periuterine, nelle salpingo-ovariti, nei catarri endouterini e vaginali, come complemento di atti operativi per malattie uterine e periuterine, e sempre con notevoli risultati. In un caso di vaginismo senza lesione anatomica apparente portò notevole miglioramento. L'O., convinto della utilità del rimedio, non può però dare alcun ragguaglio se veramente guarisca e in quali casi le sopradette lesioni e per quanto tempo.

Sono 972 i casi di malattie ginecologiche che furono da me e dai miei colleghi curati nel comparto ginecologico e nell'ambulanza ginecologica dell'Ospedale Maggiore di Milano, durante l'anno 1891 e fino al marzo 1892. Sopratutto per le ammalate degenti nell'ospedale l'osservazione fu continua ed esatta: per le ammalate dell'ambulatorio non fu sempre possibile seguire l'andamento della cura, perchè è noto che queste ammalate abbandonano in gran maggioranza il medico e le medicine non appena si sentano in qualche modo migliorate e capaci di riprendere il loro metodo abituale di vita, che non è di solito quello che può venire desiderato e raccomandato dal ginecologo. Credo opportuno di passare in rassegna i casi curati raggruppandoli per malattia. Tale divisione però non ha e non può avere che un valore molto relativo, perchè in generale le forme ginecologiche non sono semplici. Specialmente nelle ammalate dell'ambulatorio la vulvite genera la vaginite e questa alla sua volta dà luogo per continuità alla endometrite, dalla quale viene facilmente determinata l'ovarite e l'ovaro-salpingite, con tutte le forme successive di infiammazione del peritoneo e del cellulare pelvico. Per questo cercai sempre di raggruppare i casi sotto la denominazione della malattia più importante. Lo stesso può dirsi per le forme di spostamento uterino che, qualche volta assai complesse, si dovettero ridurre per ragioni di brevità e riunire sotto il nome di quello, che o per gravezza di sintomi o per altra ragione era causa dei disturbi più gravi.

Exema vulvare	N.	3
Prurito vulvare.	»	4
Vaginite	»	41
Cicatrici vaginali	»	5
Erosione del collo	»	49
Ectropion	»	12
Ipertrofia del collo	»	2
Lacerazioni multiple del collo	»	2
Lacerazione profonda del collo	»	9
Cervico metrite	»	25
Lacerazione bilaterale del collo.	»	7
Endometrite	»	270
Metrite	»	64
Subinvoluzione	»	8
Prolasso degli annessi	»	15

Ovaro salpingite		N. 43
Ovaro salpingite doppia		» 6
Salpingite		» 4
Ovarite		» 8
Peri ovaro salpingite		» 41
Peri ovarite		» 9
Perimetrite		» 148
Parametrite		» 80
Antiflessione e antiversione	complicate da processi peri e parametritici	» 85
Retroflessione e retroversione		» 31
Ematocele		» 1

Tre casi di eczema e quattro di prurito vulvare furono curati nell'ambulatorio: sei guarirono con sufficiente rapidità: uno ribelle ad ogni altro mezzo interno ed esterno prima impiegato, durava già da molti mesi quando mi decisi ad impiegare per curarlo il sapone all'Ittiolo: la donna migliorò prontamente e cessò quasi subito di frequentare l'ambulanza. Casi di vulvite non ne furono osservati molti, essendo però pressochè tutti, anzi tutti quelli che furono curati coll'Ittiolo subordinati all'esistenza di uretrite o di vaginite o di vagino uretrite blennorragica: in tutti questi casi la vulvite sintomatica migliorò rapidamente e guarì coll'uso dell'Ittiolo per via vaginale, perchè, tolta la causa che la manteneva, l'affezione vulvare spontaneamente guariva. La spiegazione della rapida guarigione conseguente all'uso del medicamento in questi casi, si trova nella azione di costrizione vasale che l'Ittiolo esercita indubbiamente. È certo che l'aggiunta della glicerina non riesce inutile, perchè l'affinità per l'acqua che esercita questo medicamento non è di poca importanza nella cura delle forme congestive ed infiammatorie: facile riesce il persuadersene, esaminando l'azione del semplice tampone di glicerina, i cui effetti vengono dall'Hüllmann (1) riassunti così: « Disostruzione ed impiccolimento degli organi viciniori ed in primo luogo dell'utero, liberazione del circolo nei minori vasi, in conseguenza della cessazione della compressione che il tessuto edematoso esercita su di essi, quindi ristabilimento della osmosi capillare e quindi della capacità

(1) Huellmann. « Der Glycerintampon in der Gynaekoterapie. » Berlin, 1887.

di riassorbire i liquidi essudati ed estravasati, inoltre allontanamento meccanico dei liquidi marciosi e delle sostanze decomponentisi che si trovano nella mucosa infiammata e sulle ulcerazioni delle quali essa diviene sede.... »

Ed è questa anche l'opinione del Sänger in una lettera privata del quale, che fui gentilmente autorizzato a pubblicare, trovo queste testuali parole: « *Continuo come prima l'uso della soluzione Ittiolo-glicerinica per tamponi, usandola estesamente, e sono certo del suo effetto calmante come pure della sua azione riassorbente anche negli indurimenti essudativi di vecchia data per ciò che riguarda l'effetto riassorbente, colla riserva che io ne ascrivo una parte anche alla glicerina.* »

Quarantuno furono i casi di vaginite curati nell'ambulatorio e si curarono anche fra questi casi di vaginite blennorragica, quando o la mancanza di uretrite concomitante, od altre circostanze di natura speciale (l'essere la donna maritata o nubile di civile condizione), consigliava di usare una certa larghezza e di accettare per la cura nell' ambulatorio ginecologico anche forme che avrebbero dovute essere inviate a quello di sifilojatria. È certo che non si fece mai la ricerca dei gonococchi, ma io stimo che in questa come in moltissime altre forme ginecologiche, l'aspetto clinico, come si dice a proposito del metrocarcinoma, abbia importanza uguale, e talvolta anche maggiore di quella dell'esame microscopico. Il miglioramento subbiettivo ed obbiettivo in questi casi fu sempre costante e prontissimo, e la guarigione non più tarda certamente di quella che si avrebbe avuto attenendosi ad altri metodi di cura.

Le ulcerazioni del collo catarrali e papillari anche di certa gravezza venivano in modo pronto ed assai favorevole modificate dai tamponi di Ittiolo in glicerina, ed il miglioramento riusciva tanto più rapido ed evidente quando si aveva da parte delle pazienti il complemento necessarissimo di cura, consistente nel riposo generale e sopratutto nel riposo locale, cioè nella completa o quasi completa astensione dal coito. In parecchi casi si ricorse all'Ittiolo come mezzo diagnostico utilissimo nella differenziazione delle forme semplici dalle forme maligne; è certo che una forma semplice di ulcerazione della cervice si modifica prontamente, quando non guarisca del tutto, dopo otto o dieci medicazioni di Ittiolo al 10 0[0 in glicerina.

Le endometriti, se cervicali, e, se lievi, del corpo, guariscono prontamente con questa cura: in quelle del corpo gravi e ribelli alle medicazioni vaginali ed anche alle iniezioni di Ittiolo fatte con siringa di Braun, ricorsi alla stessa medicazione praticando le iniezioni dopo il raschiamento, usando, nei casi nei quali la cavità uterina era notevolmente ingrandita, siringhe di Braun della capacità doppia dell'ordinaria. Qui debbo accennare a notevoli vantaggi sulle iniezioni di tintura di jodio, perchè non si ebbero mai contrazioni uterine dolorose o solo quelle poche necessarie ad espellere il liquido lasciato in cavità, e sopratutto non si ebbe mai il risentimento doloroso parametrico ed ovarico che consegue tanto frequentemente e vorrei quasi dire sempre all'uso endouterino delle iniezioni di tintura jodica.

Il numero delle iniezioni di Ittiolo praticate in questi casi fu vario, a seconda che si praticava o no precedentemente il raschiamento; in qualche caso, specialmente di endometrite emorragica, mi vidi costretto a ricorrere al raschiamento dopo di avere praticato senza vantaggio apprezzabile parecchie iniezioni endouterine di Ittiolo, e la cosa riesce di agevolissima spiegazione dal momento che l'Ittiolo non ha azione caustica nella mucosa ipertrofica tanto abbondantemente vascolarizzata. Però, anche in questi casi, dopo il raschiamento ritornai alle iniezioni endouterine di Ittiolo, ottenendo al massimo con quattro iniezioni praticate in giorni alterni manifesti vantaggi e guarigioni che perduravano anche parecchio tempo dopo la dimissione del Comparto in quelle pazienti che ebbi agio di rivedere. In questi casi adunque, secondo la mia esperienza, l'Ittiolo non può sostituire il raschiamento che, per gli esperimenti numerosissimi che se ne fecero da noi e nel comparto ginecologico e nella pratica privata (oltre 1000 casi), rimane sempre il mezzo migliore e più rapido di cura delle endometriti. Però, siccome il raschiamento per sè solo se basta a guarire oso *dire sempre* le endometriti, non basta certo ad assicurare contro la recidiva, la quale è tanto più facile e pronta quando l'atto operativo non è seguito da cura opportuna, bisogna fargli seguire qualche medicazione endouterina che impedisca il recidivare della alterazione, avente per punto di partenza qualche isola di mucosa ipertrofica o comunque alterata risparmiata dal cucchiaio raschiatore. Giovano assai in questi casi le lavature endouterine con sublimato corrosivo in soluzione acquosa all'*uno* per mille, o con soluzione fenica al 3-5 per

cento o le iniezioni endouterine di tintura alcoolica di jodio. Più utile e vantaggiosa, sopratutto dal punto di vista della mancanza assoluta di dolore e di reazione come avviene coll'uso della tintura di jodio, e dal punto di vista della assenza assoluta di quei pericoli dai quali non sono scevre le abbondanti lavature endouterine, mi parve la cura complementare fatta con soluzione di Ittiolo in glicerina al 10 ed anche talvolta al 20 0[0.

Sempre efficace apparve la medicazione ittiolica nella metrite, sopratutto come pronto sollievo ai dolori che conseguono tanto facilmente a lavori alquanto faticosi o ad intemperanze di coito nelle donne affette da metrite parenchimatosa: è qui che, forse più che in qualunque altra forma, il vantaggio di questa medicazione, sia dal punto di vista sintomatico, che da quello curativo, si manifesta con assoluta evidenza: frequentano l'ambulatorio ginecologico molte donne che noi chiamiamo « abbonate, » le quali, o paurose di qualunque atto operativo, o impossibilitate dallo stringente bisogno di guadagno e dalle cure della famiglia a chiedere ricovero nell'ospedale, o recidive della malattia dopo l'amputazione cervicale o il raschiamento, vengono di quando in quando, allorchè le perdite emorragiche e leucorroiche, e sopratutto i dolori lombari e parametrici cagionano loro aumenti di sofferenze che richiedono urgente provvedimento, a chiedere l'applicazione di un tampone di Ittiolo: dopo due, tre, quattro medicazioni perdiamo di vista queste ammalate che, secondo la loro espressione, credono di essere « quasi guarite » e che siamo certi di veder ritornare per rivolgerci la stessa preghiera dopo più o meno lunghi intervalli, a seconda dei lavori più o meno faticosi cui sono dediti e della vita più o meno sessualmente tranquilla che è loro imposta dalle circostanze. Ed è cosa veramente compassionevole il vedere queste povere donne costrette talvolta dalla « pace di famiglia » ad abusi di coito, dei quali esse sanno già anticipatamente che dovranno scontare il fio con dolori talvolta molestissimi e con emorragie se non gravissime per quantità, certo gravi in chi non ha tempo e mezzi per le cure necessarie.

Sono numerossime, come risulta dall'unita tabella, le forme di peri e parametrite, di ovarite ed ovaro-salpingite, di prolasso degli annessi, di cicatrici vaginali e perimetriche, e di ematocele, nelle quali fu praticata la cura ittiolica. Allorchè sperimentai per la prima volta l'Ittiolo,

cercai di iniziare la cura quando i fenomeni infiammatorii più gravi, come la febbre ed il risentimento peritoneale, erano cessati, e solo persistevano il dolore e le molestie date meccanicamente dall'essudato.

I risultati furono da me esposti nel mio precedente lavoro, e furono così senza eccezione buoni ed incoraggianti che, grazie alla assoluta libertà concessami dal mio maestro prof. Mangiagalli, che mi è grato di ringraziare nuovamente anche per questo, ed alla maggiore confidenza che io andai assumendo nel rimedio, sopratutto in vista della sua innocuità assoluta e della incerta efficacia d'ogni altro metodo di cura da noi usato prima in queste forme, andai man mano allargandone la base di esperimento. E così alle forme croniche o quasi, seguì ben tosto, con risultati ottimi, la cura delle forme di peri e parametrite subacuta, di cui il bagno caldo a permanenza e qualche tampone di glicerina semplice aveva mitigato i fenomeni più imponenti e molesti; poi venne la volta delle forme veramente acute, quando si aveva la certezza che la causa (residui placentari od ovulari) era stata tolta dal raschiamento, quando insomma si poteva credere che non esistessero più nell'utero sostanze capaci di dare continuamente nuova e pericolosa esca all'incendio, perchè in una forma di setticemia puerperale in atto, il ricorrere alle iniezioni ed alle medicazioni ittioliche, anzichè al raschiamento ed alle ripetute lavature dell'endometrio con liquidi antisettici, non sarebbe stato ardimento, ma pura e riprovevole imprudenza. Più di ogni altra cosa mi spinse a questa prova la lettura di qualche lavoro che, concedendo all'Ittiolo la azione analgesica, gli nega per altro ogni effetto solvente: posso ora con piena certezza asserire che, quanto più precoce è l'inizio della cura, tanto più pronti e soddisfacenti ne sono i risultati.

Pensai dunque di trattare alcune donne con gravi essudati di peri e parametrite anche nel periodo di acuzie esclusivamente mediante l'Ittiolo, usandolo con grande larghezza per le tre vie, vaginale, gastrica e cutanea, onde ottenerne il massimo effetto nel periodo più breve. Per via gastrica però, attenendomi ai risultati delle mie precedenti esperienze, non feci mai oltrepassare i 75 centigr. *pro die,* per via cutanea adoprai la pomata di Ittiolo in vaselina al 10 per cento, avendo ora completamente abbandonato l'uso della lanolina, che mi parve avesse una notevole influenza nel determinare irritazione cutanea: sorvegliai

anche sempre affinchè nelle applicazioni della pomata si evitasse con molta cura la cicatrice ombellicale, la quale si irrita con grande facilità dando luogo a bruciore assai molesto. Per la via vaginale volli che i tamponi fossero tanto imbevuti nella soluzione ittiolica da essere ridotti ad una specie di pasta molliccia grondante Ittiolo, che veniva introdotta in vagina mediante lo speculum di Simon.

Dopo due, tre, quattro giorni al più di questa cura, combinata col riposo a letto e coll'uso moderato e non continuo di purganti salini, per tener libero l'alvo (questo solo nei primi giorni, come dirò in appresso), cessavano anzi tutto i dolori, non si manifestavano più i fenomeni di risentimento peritoneale e la febbre si faceva prontamente lieve e solo vespertina, per finire in breve del tutto e lasciar luogo a completo benessere subbiettivo. Il dolore, che era il sintomo più molesto, scompariva pel primo; con esso o poco dopo cessavano i fenomeni peritoneali e la febbre, ultima a cedere, non durò mai più di una settimana dopo l'inizio della cura ittiolica. Ebbi sempre l' avvertenza di non visitare troppo sovente le mie ammalate, lasciando spesso trascorrere più di una settimana senza ripetere le esplorazioni: esisteva però quasi costantemente un fatto importante che mi avvertiva, sopratutto quando l'essudato era notevolmente voluminoso, delle manifestazioni che in esso si andavano verificando, e questo fatto era la costipazione. In sul principio queste ammalate pressochè tutte erano affette da una costipazione ostinatissima, tanto da resistere spesso o da avere una sola scarica alvina ed anche questa difficile, dopo dosi relativamente grandi di purganti salini. A poco a poco questo stato si andava modificando e, mentre dapprima si otteneva l'effetto senza bisogno di aggiungere al purgante salino il clistere di acqua saponata o semplice, a poco a poco dopo qualche settimana l'alvo diveniva spontaneo ed in qualche caso divenne quotidiano e regolatissimo. Ora non la dieta ospedaliera che ebbi cura di sorvegliare sempre e di cambiare al bisogno, poteva avere prodotto questo effetto, non l'uso di bibite alcaline o lievemente lassative che volli sempre evitare, ma semplicemente la scomparsa dell'essudato era ciò che vinceva la costipazione, perchè le pillole di Ittiolo non ebbero mai da sole uguale effetto, e perchè nelle forme dove, mancando completamente o quasi l'essudato, predominava il dolore mentre esisteva stitichezza abituale per paresi intestinale antica, mancò sempre l'effetto che negli altri casi si

produceva. Non è dunque anche questa una prova della azione solvente dell' Ittiolo ?

Ma non è qui tutto: posso assicurare che la convinzione assoluta della azione solvente dell' Ittiolo la si ha esplorando ammalate dopo di avere fatto continuare la cura senza visitarle durante 15 o 20 giorni, rileggendo mentre si esplorano le note fatte sulla cedola cubicolare al momento dell' ingresso od all' inizio della cura: è un senso di meraviglia non scevro da un certo compiacimento, perchè pare strano che essudati voluminosi, dolentissimi, abbiano potuto così rapidamente e così profondamente modificarsi.

Assai più dimostrativo di ogni asserzione ritengo riuscirà il confronto di qualche nota fatta sulle cedole cubicolari al momento dell' ingresso e del primo esame praticato sulla paziente con altre note fatte durante il corso della cura o prima della dimissione. Scelgo a caso :

I. Rosa N., Sala Monteggia N. 35. — Entr. il 1.° maggio 1892. Utero grosso, antiverso, poco mobile, quasi completamente fisso nella porzione cervicale per esteso intasamento del legamento largo di sinistra che si rileva sotto forma di tumescenza piuttosto consistente, a limiti non bene determinati, addossata al margine uterino. L'orificio esterno è come vellutato e sparso di piccole incisioni.

Diagnosi. — Peri e parametrite posteriore e laterale sinistra. Erosione del collo.

Cura. — Ittiolo dal giorno 2 maggio. Al 15 giugno: Condizioni generali e locali buonissime. Riassorbito totalmente l'essudato dello spazio del Douglas, ridotta a nulla la tumescenza degli annessi di sinistra. Guarita l'erosione del collo.

II. Cecilia M., Sala Monteggia N. 60. — Entra il 18 maggio 1892. Utero alquanto grosso nel corpo e nel collo, spinto in totalità all'avanti da una massa essudativa dura, dolente, che lo circonda a mo' di ferro da cavallo aperto all'innanzi e colle branche molto ravvicinate. Questa massa fa evidentemente corpo unico con una tumescenza a contorni non bene distinti che si palpa oscuramente dalla via addominale e arriva fin quasi all'ombellico.

Diagnosi. — Peri e parametrite posteriore e laterale.

Cura. — Ittiolo per le tre vie dal 22 maggio al 13 giugno. Condizioni generali e locali migliorate in modo straordinario. Scomparsa la tumescenza a ferro da cavallo che spingeva l'utero in totalità all'innanzi,

questo ha ripreso la posizione normale. Persiste un certo intasamento dello spazio del Douglas che si rivela piuttosto con certa tensione delle pliche utero-sacrali. Scomparsa ogni dolentia, le condizioni generali sono immensamente migliorate.

III. Giuseppa C., Sala Monteggia N. 37. — Entrata l'8 maggio 1892. Il riscontro vaginale è assai doloroso. L'utero in retroflessione è circondato da vasta atmosfera essudativa che lo fissa completamente estendendosi assai in alto posteriormente e lateralmente a sinistra.

Diagnosi. — Retroversione fissa con perimetrite neisseriana.

Cura. — Ittiolo dal 12 maggio al 18 giugno. L'utero è divenuto mobilissimo, l'essudato è scomparso. Non rimane quindi che un po' di tensione del legamento largo di sinistra e l'utero è mobile e riducibile per quanto lo permette la retrazione del legamento largo.

E di questi esempi io ne potrei citare a centinaia, perchè nelle forme essudative la guarigione segue di regola alla cura fatta coll'Ittiolo. Vi sono, come è troppo giusto, casi che migliorano soltanto ed anche forme ribelli. Fra queste vanno annoverate sopra tutto le forme di piosalpinge, specialmente inveterate, nelle quali già a priori è impossibile immaginarsi una *restitutio ad integrum,* quando si pensi alle condizioni anatomo-patologiche di tali ectasie tubarie.

È però innegabile che anche in queste una certa utilità della cura ittiolica si può avere in quelle recrudescenze dolorose, qualche volta febbrili, qualche volta anche afebbrili di processi peritonici, che così di spesso sono sorgente di sofferenze gravi nelle donne affette da piosalpingi.

Ma nessun rimedio anche specifico può guarire sempre e costantemente una malattia determinata, basta ne guarisca la massima parte di casi.

Favorevoli adunque, senza eccezione, sia per quanto riguarda l'azione analgesica che per quanto riguarda quella solvente, furono gli effetti che io ottenni dall'Ittiolo, e per comunicazioni verbali e scritte che io ebbi dai dottori Decio, Villa, Manzoni da Milano, Giglio da Palermo, Luzzani da Como e dal prof. Bossi di Genova, posso dire che non fui io solo ad ottenere gli effetti che il Sänger stesso conferma nella lettera ch'io ebbi già occasione di citare.

Vediamo ora quali siano le obbiezioni che furono mosse all'Ittiolo dai vari ginecologi che lo studiarono:

1.° Non credo sia il caso di occuparmi più a lungo della asserita mancanza di azione solvente, perchè penso che ormai la maggioranza degli autori che si occuparono di questo medicamento siano concordi nell'ammetterla, ma in ogni modo ho il diritto di credere che il numero dei casi da me citati e l'importanza dell'Istituto al quale ho l'onore di appartenere, e nel quale potei compiere i miei studi possano e debbano togliere ogni dubbio al riguardo.

2.° Il prezzo alto dell'Ittiolo. Non credo che questa obbiezione sia seria: l'Ittiolo, che si vende a circa 34 lire al chilogrammo, non si adopera che in soluzioni al 10 o al più al 20 per cento. Si vede adunque che questo non è un appunto serio e che possa distogliere il ginecologo dall'adoperarlo.

3.° Si disse dall'Oberth che l'Ittiolo macchia la biancheria, ed è vero, ma le macchie che esso produce sono ben facilmente cancellate da un solo bucato e nel posto dove esse si trovavano non si riscontra alcuna traccia che diminuisca la resistenza o la bianchezza del tessuto.

4.° L'odore, che è l'unico appunto che a parer mio si potrebbe fare con qualche serietà all'Ittiolo, non è davvero piacevole: non ha però nulla di eccessivamente disgustoso, si vela a meraviglia coll'aggiunta di cumarina, di vaniglina, di olio di citronella che io stesso ho provato ed adoperato con vantaggio ed, anche non velato da nulla, non si spande nell'aria e nei tessuti, come fa ad esempio l'odore dell'iodoformio, ma rimane circoscritto direi quasi al posto della macchia, e l'odore dell'Ittiolo che sia tenuto in una boccetta o recipiente chiuso anche in modo non perfetto non invade in alcun modo l'ambiente.

Non ho parlato di eritema perchè, da quando ho intrapresa la seconda serie di esperimenti, abbandonando del tutto l'impiego della lanolina come eccipiente, non ebbi più ad osservarne alcun caso.

CONCLUSIONI.

1.° L'Ittiolo è il più potente analgesico locale oggi conosciuto ed adoperato nella terapia ginecologica.

2.° L'Ittiolo ha azione solvente indubbia nelle forme essudative e

tanto più pronta ed evidente quanto più pronto è l'uso che se ne fa all'inizio della malattia.

3.° L'Ittiolo, considerato nei suoi effetti complessi di analgesico e risolvente è il più importante acquisto della terapia ginecologica moderna.

E perchè queste conclusioni non paiano eccessive (avventate, no certamente, perchè si basano su un'esperienza di oltre un anno e di quasi mille casi), provino quelli che ancora rimangono increduli o dubbiosi ad applicare, seguendo le indicazioni che io diedi in questo lavoro, qualche tampone di Ittiolo, e chieggano poi alle pazienti stesse notizie del rimedio che fu loro applicato.

Giugno 1892.

COMPARTO OSTETRICO-GINECOLOGICO DELL'OSPEDALE MAGGIORE DI MILANO
diretto dal Prof. Luigi Mangiagalli.

Dott. CARLO DECIO

Ancora una parola sulla posizione di Trendelenburg

NUOVO LETTO OPERATORIO

Nello scorso anno io rendevo noto i vantaggi della posizione di Trendelenburg nelle laparotomie, e presentavo un letto da me ideato per rendere facilmente ottenibile l'elevazione della pelvi (1). Nel modificare il letto ordinario che serviva per le laparotomie, io mi ero allora preoccupato della facilità del movimento, congiunta alla sicurezza del congegno. Non istarò ora a ripetere i vantaggi del tavolo operatorio che da più di un anno funziona nel Comparto Ginecologico dell' Ospedale Maggiore di Milano, avendovi il prof. Mangiagalli praticate più di un centinaio di laparotomie. Però, *usus te plura docebit,* e se il letto risponde bene, non sono da occultarsi alcuni inconvenienti che dapprima non avevo sospettati, ed altri inerenti alla meccanica primitiva del mio modello.

Il difetto capitale, lamentato dal prof. Mangiagalli, e che esiste pure nei letti ove la posizione di Trendelenburg è ottenuta coi metodi di Délagenière, di Mariaud, di Leopold, ecc., è che il piano, che da orizzontale si rende inclinato, coll'elevarsi, viene a portare assai in alto il campo operatorio ed in ispecial modo se l'inclinazione è spinta ad alto grado od al suo massimo; il che obbliga l'operatore e chi lo assiste a farsi sottoporre ai piedi uno sgabello, ciò che se non è un inconveniente

(1) « Un letto per operazioni ginecologiche. » *Annali di Ostetricia,* luglio 1891.

quando l'operazione si pratica nella posizione di Trendelenburg, lo diventa quando si crede opportuno di modificare in un senso o nell'altro la posizione dell'operanda nel corso della operazione, come pratica il prof. Mangiagalli.

Gli sgabelli poi mettono a loro agio solo l'operatore e l'aiuto diretto, non certo gli altri, che per l'elevazione del campo operatorio non possono seguire che a stento i diversi momenti della operazione. Tale svantaggio è peculiarmente sentito da colui il quale porge gli strumenti, che per ciò non può seguire l'operatore e prevederne i bisogni e gli eventuali cambiamenti di metodo, derivando da ciò un ritardo in quella intelligente e misurata celerità di movimenti che deve essere la prerogativa assoluta di chi è preposto a tale ufficio. Infatti chi porge gli strumenti in un atto laparotomico, è quello, che dopo l'operatore, ha il maggior lavoro sia intellettuale che manuale; la sua mente deve, mentre osserva ogni singolo atto, prevedere, e provvedere ai bisogni che immediatamente vanno succedendosi, e si potrebbe dire che chi porge gli strumenti non è che una parte dell'operatore stesso, che pensa ed agisce separatamente ma all'unisono. Ora si capisce che chi ha un ufficio così delicato deve dominare il campo operatorio; e già lo dissi, colla mia primitiva modificazione ciò era impossibile, o per lo meno difficile. Se accade poi di dovere più volte innalzare od abbassare il piano, si è obbligati a rimuovere gli sgabelli che sorreggono operatore ed aiuto diretto, altrimenti nella posizione orizzontale, essi sarebbero costretti a curvarsi fuor di misura sull'addome della operata. Oltre a ciò si rileva di leggeri l'incomodità di tale manovra, che se è possibile in una clinica, ove si può disporre di un persorale *ad hoc*, riuscirebbe assai malagevole qualora questo personale avesse a mancare, come ad esempio nella pratica privata.

Altri difetti, dissi, sono inerenti alla primitiva meccanica del mio modello, e consistono in una non calcolata misurazione delle varie lunghezze delle braccia della leva, ed in una imperfetta costruzione nella parte meccanica, cose tutte che rendono malagevole il funzionamento dell'apparecchio dal solo lato perdita di forza.

L'ideale quindi, era di immaginare un letto operatorio, nel quale mentre il suo piano superiore da orizzontale si rende inclinato, tutto il sistema del letto avesse ad abbassarsi, e che l'abbassamento fosse sempre proporzionale alla inclinazione, od in altri termini il punto ove corri-

sponde l'addome della operanda avesse a rimanere ad una altezza costante dal suolo qualunque la inclinazione.

In generale il medico è sempre troppo poco meccanico, ed il costruttore meccanico è affatto ignaro delle nostre esigenze, per la qual cosa spesso accade che nella fabbricazione di strumenti od apparecchi questi riescono in qualche lato difettosi.

Ond'è, che sembrandomi troppo complesso per soverchi ingranaggi un meccanesimo da me ideato per avviare ai cennati inconvenienti, mi risolsi a pigliare consiglio dall'amico mio ingegnere meccanico Cosimo Pavone, il quale, mutando di pianta il mio progetto, mi presentò il disegno di un letto che fu poscia costrutto e che corrisponde perfettamente a tutti i postulati.

Lascio la parola allo stesso ing. Pavone, il quale così descrive il suo apparecchio:

« Il letto d'operazione da me immaginato (1), di cui le figure annesse rappresentano una sezione longitudinale, consta essenzialmente d'un piano in lamiera di ferro, che costituisce il piano operatorio; di un telaio esterno ed uno interno in ferri d'angolo, che sostengono il detto piano e servono d'attacco ai vari meccanismi; e delle quattro gambe, le quali, allontanandosi o avvicinandosi, determinano l'abbassamento e il sollevamento del letto tutto.

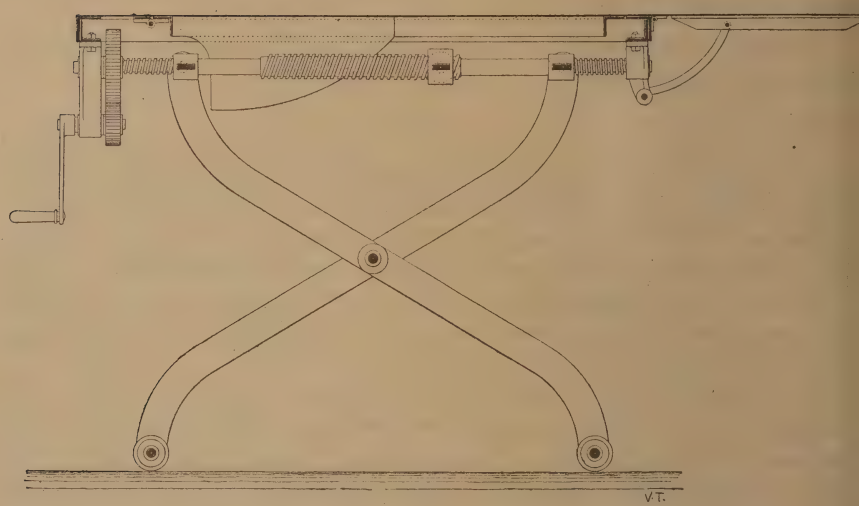
« Il piano operatorio misura una lunghezza totale di m. 1,650 e una larghezza di m. 0,550; l'altezza sul pavimento, quando il letto è tutto sollevato, è di m. 0,920 e si riduce, nella posizione più bassa, a m. 0,600. Esso è diviso in tre parti: una parte lunga m. 0,200, che resta sempre orizzontale, sulla quale poggia la testa dell'ammalata; una parte centrale della lunghezza di m. 1,000, la quale può assumere le varie inclinazioni richieste e costituisce il *piano inclinato* propriamente detto; e una parte lunga m. 0,450 per sostegno delle gambe, la quale è fissata a cerniera sull'estremità posteriore del telaio esterno e può, a volontà, essere tenuta orizzontale o completamente abbassata. La parte centrale è sostenuta dal telaio interno, il quale è fissato a cerniera su quello esterno, e può sollevarsi ruotando intorno ai perni d'attacco. Sull'estremità posteriore del telaio esterno sono anche fissati due speciali supporti, destinati a reg-

(1) Il letto costrutto nelle officine Larini Nathan e C., per la clinica privata del prof. Mangiagalli, ha già servito parecchie volte dando ottimo risultato nei singoli movimenti.

gere i portacosce, quando lo stesso letto voglia usarsi per le operazioni ginecologiche che richiedono la posizione dorso pelvica.

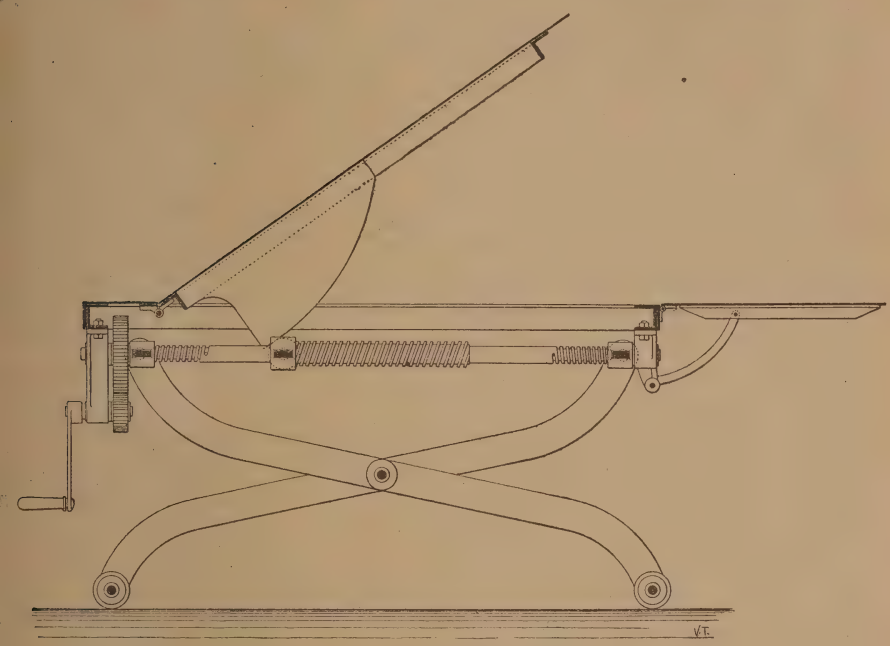
« Le gambe in alto, in basso e nel punto di mezzo sono collegate da opportuni traversi, che ne permettono la rotazione; l'appoggio è fatto su quattro piccole ruote di ghisa con la gola guarnita di caoutchouc, le quali rendono molto facile e comodo il trasporto del letto da un punto all'altro.

« L'allontanamento e avvicinamento delle gambe, e quindi l'abbassamento e sollevamento del letto, è ottenuto a mezzo di una vite, disposta



secondo l'asse del letto e terminante con perni portati da due supporti fissati sotto il telaio principale; le due estremità di essa sono filettate in senso contrario e comandano i due traversi, i quali collegano in alto le gambe e che hanno perciò un movimento contrario di traslazione, mentre la vite ha il movimento di rotazione. Per assicurare il movimento rettilineo e parallelo dei traversi, questi hanno alle estremità due occhi, i quali restano guidati da apposite guide cilindriche fissate sotto i fianchi del telaio principale. Un ingranaggio cilindrico, fissato sull'estremità della vite verso il supporto anteriore, riceve il movimento da un pignone fisso sull'albero della manovella, e comanda la rotazione della vite; l'introduzione di questa coppia d'ingranaggio riduce ad un minimo lo sforzo sulla manovella occorrente per la manovra.

« Il sollevamento del piano inclinato (Trendelenburg) si ottiene a mezzo della stessa vite. Un'altra filettatura è perciò praticata nella parte centrale di essa, e comanda il traverso intermedio, il quale così è munito anch'esso del movimento di traslazione, come i due traversi d'estremità, ed è guidato dalle stesse guide laterali. Il telaio mobile porta due rigide squadre in lamiera di ferro, i cui bordi inferiori, nel movimento del traverso intermedio, vengono a lavorare sulla gola di due piccole carrucole portate da questo: presentandosi sulla gola delle carrucole punti



di altezza sempre crescente, è chiaro che l'avanzamento del traverso determina il sollevamento delle squadre attaccate al telaio, e quindi la rotazione di questo e del piano da esso portato. Il profilo della curva delle squadre di sollevamento è tale, che il sollevamento del piano è sempre egualmente proporzionale all'abbassamento di tutto il letto, di modo che in qualunque posizione del piano inclinato, *il suo punto di mezzo resta sempre alla stessa altezza rispetto all'operatore.* Il sollevamento del piano inclinato si fa così affatto senza scosse, in modo dolcissimo e per gradi infinitesimi: l'inclinazione massima che esso può prendere è del 70 0[0, con la possibilità, s'intende, di fermarsi in qualunque delle posizioni intermedie. Va notato che le carrucole prendono le squadre di sollevamento solo nell'ultima fase della corsa del traverso:

ciò vuol dire che il tempo per l'intero sollevamento del piano inclinato è minore di quello occorrente per tutto l'abbassamento del letto; per cui si ha il notevole vantaggio che, se in un istante qualunque dell'operazione, per una ragione qualsiasi, occorra il pronto ritorno nella posizione orizzontale, questo si fa rapidamente nella prima fase della manovra, e nella fase successiva si compie il resto del sollevamento orizzontale del letto. Si ha così anche l'altro vantaggio che, prima che incominci il sollevamento del piano inclinato, si possono utilizzare delle posizioni intermedie orizzontali di tutto il piano operatorio, le quali hanno sul pavimento un'altezza minore di m. 0,920.

« In virtù dei meccanismi adoperati e mercè la loro accurata e perfettissima lavorazione, si è ridotto ad un minimo (1 chilogramma circa) lo sforzo occorrente sulla manovella per tutta la manovra. La manovella resta sempre alla portata del cloroformizzatore, il quale così con una sola mano può eseguire facilmente la manovra. Con l'aver combinato il movimento di abbassamento del letto con quello di sollevamento del piano inclinato, la manovra, resa unica, la si è ridotta alla massima semplicità, essendosi eliminato qualunque meccanismo d'innesto e disinnesto, i quali, oltre ad una perdita di tempo inerente alla loro stessa manovra, possono alle volte mancare al loro scopo pel non perfetto funzionamento. Essendo poi tutti i movimenti ottenuti con un meccanismo di vite e madrevite, qualunque posizione di fermata viene ad essere sicuramente mantenuta, senza bisogno d'alcun organo speciale d'arresto: oltre ad aversi così una maggiore semplicità di manovra, si evita anche assolutamente il pericolo che il piano inclinato abbia repentinamente a sfuggire dalla posizione in cui lo si era fermato, come potrebbe accadere nel caso che l'arresto fosse fatto con un ordinario nottolino. Tutti i meccanismi sono contenuti sotto il piano superiore di lamiera, e così nelle ordinarie lavature restano perfettamente protetti. Ad eccezione della manovella, che deve essere manovrata dal cloroformizzatore, non vi è alcun pezzo che sporga fuori del piano operatorio, e ciò assicura intorno al letto la libera circolazione ai chirurghi. Per il suo appoggio sulle ruote, tutto il letto può essere facilmente girato, in modo da essere disposto rispetto alla luce nella posizione che più convenga all'operatore.

« Tutti i pezzi in movimento sono perfettamente accessibili, il che ne rende molto facile la lubrificazione e la buona manutenzione. Finalmente il letto è verniciato a fuoco, a tinta molto chiara, che ne garantisce la ordinaria pulizia: per meglio assicurare la buona operazione delle lavature, si è dappertutto avuto molta cura di evitare gli spigoli rientranti. »

Ing. C. Pavone.

Dopo tale descrizione non mi resta che riepilogare i vantaggi pei quali il letto operatorio dell'ingegnere Pavone è raccomandabile:

1.° come letto da operazione in genere, avendo la possibilità di innalzarlo a diverse altezze senza la minima fatica;

2.° per il piano inclinato e per il contemporaneo abbassamento di tutto il sistema del letto ottenuto facilmente e senza sforzo alcuno;

3.° i vantaggi esposti al n. 1.° sono assai sensibili qualora si adoperi il letto per le operazioni in posizione dorso pelvica;

4.° la semplicità nella costruzione e nella parte di congegni, congiunta a solidità ed eleganza.

SULLA SINFISIOTOMIA

ANNOTAZIONI STORICHE, CRITICHE E BIBLIOGRAFICHE

DEL

Dott. P. G. SPINELLI

(Continuazione, vedi pag. 497)

Il primo lavoro del prof. Morisani sulla sinfisiotomia rimonta al 1863. L'A. nel suo importante studio *sui restringimenti del bacino e sulle indicazioni che presentano nel tempo del parto*, ha consacrato uno dei primi posti ai capitoli che riguardano la « sinfisiotomia » e la « pelviotomia. »

La questione della sinfisiotomia è trattata magistralmente, e si può affermare che, fra i lavori comparsi sulla materia, in questo secolo, è uno dei pochi, nel quale l'operazione è studiata sotto tutti i rispetti clinici e sperimentali, e giudicata con criterio rigorosamente scientifico.

Dall'analisi sperimentale, critica e clinica scaturiscono delle conclusioni, alle quali, come giustamente ha affermato l'A. in una sua recente conferenza, poco o nulla vi era da aggiungere anche oggi. Riportiamo, nei punti più salienti, le dette conclusioni come prova non pure delle salde convinzioni che animavano il chiaro autore, in tempi in cui la operazione, discreditata all'estero ed in Italia, era quasi bandita dalla pratica, ma perchè esse rappresentano i capisaldi delle idee del maestro e di gran parte della sua scuola sulla questione. Il Morisani adunque affermava (nel 1863): 1.° che la sinfisiotomia è operazione che deve restare nella pratica ostetrica; 2.° che il taglio della sinfisi dà un aumento di 5 a 6 linee (1 1[2 cent.) negli intervalli sacro-pubici, e che questa lunghezza maggiore non è dovuta alla proiezione in avanti delle ossa iliache, ma alla

obliquità della parte anteriore dei pubi per rapporto al sacro. L'aumento è proporzionalmente maggiore nelle linee dal sacro alla metà delle branche orizzontali dei pubi e alle cavità cotiloidi. Oltre all'aumento nella lunghezza delle linee sacro-pubiche, vi è guadagno per l'impegno di una delle bozze parietali fra il divaricamento dei pubi e per la riducibilità del diam. biparietale del feto; 3.° che i diametri obliqui e traverso guadagnano in estensione più dell'antero-posteriore; 4.° che la sinfisiotomia è indicata nei casi in cui il più piccolo diametro ha 2 pollici e 3[4 (75 m[m), ma può anche praticarsi, comunque con risultati meno vantaggiosi, a 2 pollici e 1[2 (67 m[m). Il limite superiore è vario, ma in generale si può stabilire a 3 pollici ed 1[4 (88 m[m); 5.° le statistiche presentate dagli oppositori della sinfisiotomia, lungi dallo screditare questa operazione, valgono a farne apprezzare i vantaggi, restringendone però l'uso entro certi limiti, ecc.; 6.° i vantaggi della sinfisiotomia son posti maggiormente in evidenza, quando la si paragona con l'embriotomia, operazione che potrebbe ad essa essere sostituita; 7.° nei casi di angustie pelviche, nei limiti sopraindicati, dopo una aspettazione giusta, o uno o due tentativi di applicazione di forcipe, conviene ricorrere, senza ritardo, al taglio della sinfisi; 8.° il grado di restringimento può essere misurato con tale probabilità da potersi fondare la indicazione della sinfisiotomia; 9.° dalla frequenza, energia e regolarità dei battiti cardiaci si può con sufficiente probabilità argomentare della vita e della vitabilità del feto, e quando quei dati son favorevoli, *tagliate con tutta sicurezza la sinfisi del pube, la quale non è per la madre operazione gravissima.*

Oltre allo studio della sinfisiotomia l'A., nell'indicato lavoro, risolleva la questione della pelviotomia, di cui, da molti anni, non si parlava più in Italia. Invero dopo le sfortunate pelviotomie del Galbiati e del Cianflone, le sorti della operazione volsero rapidamente a male. Già nel 1845 il congresso degli scienziati, riunito a Napoli, formulava il seguente voto, abbastanza riservato: *essere necessarii nuovi fatti prima di proscrivere perchè dannosa, o di ammettere perchè utile questa gravissima operazione.* Più tardi, nel 1846, al Congresso di Genova, la discussione per quanto vivace tra il Capezzi, sostenitore della pubiotomia in alcune speciali circostanze, ed il Centofanti avversario deciso, non approdò ad alcuna conclusione definitiva, la quale anzi fu aggiornata e rimandata all'8.° congresso, che doveva riunirsi l'anno seguente a Venezia. Infatti,

nel 1847, in questo congresso, sulle conclusioni del Lovati « *la pelviotomia non essere operazione da ritenersi nella pratica, non presentando indicazioni proprie e non potendosene sperare un risultato soddisfacente, nè per la madre nè pel feto,* » gli ostetrici unanimemente emanarono il loro voto di condanna contro la operazione, che doveva bandirsi dalla pratica.

Era così abbandonata l'operazione del Galbiati, quando comparve il lavoro del Morisani, che apportava nuovo contributo sperimentale e nuove conclusioni favorevoli alla pelviotomia. Ecco come scrive l'A.: « quando io lessi la prima volta l'operazione del Galbiati, mi parve che essa potesse rispondere allo scopo, per la quale fu proposta. Mi prese quindi vaghezza di ripeterla sul cadavere. Io l'ho eseguita più volte, sostituendo agli strumenti adoperati dal suo inventore, per praticare la sezione ossea, l'uso della sega a catena. Nelle prime esperienze io trovai una certa difficoltà a passar la sega dietro la branca del pube; ma più tardi questo passaggio fu reso più agevole con un ago, che ho fatto costruire a curva molto forte. Ho dissecata attentamente dopo la operazione la regione ipogastrica, ho misurato con la maggiore possibile diligenza lo spazio interposto tra le ossa segate, e mi è sembrato che la pubiotomia debba restare nella pratica e possa valere a compiere il parto nei casi di restringimento estremo della pelvi. » Per produrre l'allontanamento delle ossa recise come avrebbe potuto fare una testa di feto, e per misurare contemporaneamente questo allontanamento, l'A. fece costruire un apposito istrumento, costituito da due lamine di legno abbastanza forti e congiunte per mezzo di una cerniera; nel mezzo del punto di congiungimento vi è una lunga vite, la quale, girando, produce l'allontanamento delle branche; queste nel massimo dispiegamento hanno la lunghezza di 19 centimetri.

Ecco le idee fondamentali dell'A. sulla questione. Innanzi tutto sostiene che bisogna rigettare la pelviotomia unilaterale, la quale, in ogni caso di angustia estrema, è insufficiente, ed accettare invece quella doppia. Con questa operazione lo spazio ottenuto è sufficiente al passaggio del feto nei vizi estremi del bacino. In vero « segati i due rami dei pubi, questi divengono mobili, ma essi non possono dalle rimanenti ossa allontanarsi, perchè i ligamenti crurali, e i muscoli otturatori vi si oppongono; che se si tagli la cartilagine, che unisce i due corpi del pube, allora le due ossa segate potranno l'una dall'altra allontanarsi, e fatte

mobili sopra i punti segati, come su due cerniere, si discosteranno gradatamente, sino a mettersi in direzione verticale. Si costituisce così una specie di porta bivalve, nella quale si impegnerà la testa del feto; nè le ossa recise possono portarsi in sopra o in basso, opponendosi a questi movimenti i muscoli retti addominali da una parte, i pettinei dall'altra. Il capo poi introdotto in quello spazio, percorrerà, in certo modo, per venire allo esterno, non più l'antico canale pelvico viziato, ma un nuovo canale, reso ampio per tanto, per quanto lo permettono le parti molli anteriori della pelvi, le quali sole segnano il limite alla ossea dilatazione ecc. » Per l'A. la pelviotomia non era difficile ad eseguirsi, e, col suo processo, si sarebbe impiegato non più di 10 a 12 minuti. Nessun organo importante rimaneva offeso dalla operazione; nemmeno i rami arteriosi (crurali, otturatrice e pudenda interna) potevano esser lesi per la loro sede anatomica. *A priori* le conseguenze della pelviotomia non dovevano essere gravissime, non interessando le ferite alcun organo importante, nè regione pericolosa; per cui le ferite non dovevano essere molto gravi nè difficili a cicatrizzare. La gravità della pelviotomia parrà ancor minore paragonata alla vasta ferita, all'importanza ed estensione delle parti interessate, ai gravi accidenti primitivi e consecutivi della operazione destinata a sostituirsi, cioè della gastro-isterotomia. Per cui l'A. concludeva che « la pelviotomia, lungi dall'essere rigettata, meritava di essere sperimentata, come mezzo utile alla salvezza della madre e del feto, nei restringimenti estremi della pelvi, in cui non vi fosse altra risorsa, oltre il taglio dell'utero. »

Questi nuovi studi del Morisani pertanto non valsero a ridestare in vita l'operazione del Galbiati, che poco dopo rientrò nell'oblìo completo, ricordandosene solo il nome come notizia storica in qualche trattato.

Non così sfavorevoli volsero le sorti della sinfisiotomia. Il Morisani, dopo il 1863, in una serie di pubblicazioni successive ha continuato sempre a propugnarne la causa. Così nel 1867, nelle addizioni alla medicina operatoria di Malgaigne, vi consacrava un lungo articolo; nel 1874, suo primo anno d'insegnamento ufficiale alla cattedra di ostetricia dell'università di Napoli, pronunciava una importante conferenza sull'argomento, che venne più tardi pubblicata, come addizione alla traduzione dell'ostetricia del Verrier, fatta dal prof. Piretti.

Similmente nel « Manuale delle operazioni ostetriche, » edito a Napoli

nel 1875, vi si trova un lungo capitolo sulla operazione; così anche nelle addizioni al manuale di ostetricia di Gustavo Braun, in quelle al « Trattato di ostetricia » di Cazeaux e Tarnier, nel suo « Compendio di ostetricia » le sue idee sulla sinfisiotomia sono ribadite con nuovi casi e nuove considerazioni. Ma uno dei fatti più salienti della campagna del Morisani a favore della operazione, è, senza dubbio, quello della comunicazione al congresso internazionale di Londra. Nel 1881 di sinfisiotomia non si parlava quasi più nelle scuole internazionali di ostetricia; il Morisani con la sua comunicazione ripresenta alla discussione scientifica il quesito della sinfisiotomia, non solo, ma confortato dai risultati di 50 casi ne dimostra ancora la supremazia che aveva sulle altre operazioni che ad essa potevano paragonarsi; in questa comunicazione il Morisani affermava recisamente « *la sinfisiotomia è una operazione che* DEVE *restare nella pratica ostetrica.* »

In vero la detta comunicazione, pubblicata sugli *Annali di Ostetricia e Ginecologia* di Firenze, segnò il risveglio della operazione, e come vedremo in seguito, fu seguita a breve intervallo da interessanti lavori in Italia ed all'estero.

Fino a questo momento il Morisani era stato l'apostolo più autorevole della sinfisiotomia; ma come operatore, scarso contributo clinico aveva potuto portare alla questione. Infatti la sua prima operazione rimonta al 1879; la sinfisiotomia venne praticata per vizio rachitico del bacino con c. v. di $^{m}[_{m}$. 81; il risultato fu eccellente per la madre e pel bambino. L'anno seguente in un caso di grave vizio di pelvi di 3.° grado (c. v. di 55 $^{m}[_{m}$), mise in pratica la lega proposta dal Jacolucci, provocando il parto prematuro nella 1.ª settimana dell'8.° mese di gravidanza e facendo la sinfisiotomia, con risultato favorevole per la madre e pel bambino. In seguito, fino al 1884, praticò altre tre volte l'operazione avendo tre bambini vivi, ed una madre salvata; le due donne morte soccomberono per infezione settica; una operata nel 1880, in epoca in cui infieriva la febbre puerperale nella clinica, l'altra nel 1884, che, come ho rilevato dalla storia, prima della sinfisiotomia era stata ripetutamente operata da altri chirurghi, e fu ricevuta in clinica già con infezione in atto e con gravi lesioni di continuità alla vagina e alla vulva.

Fra gli altri ostetrici che si occuparono favorevolmente della operazione e che la eseguirono, meritano di essere menzionati Balocchi,

Rizzoli, Pilla, Belluzzi, Da Camin, Viviani, Madruzza, Carbonai, Piccinini, e della scuola napolitana, Amantea, De Renzi, Mancini, Rispoli, Mayer, Petrunti, Caccioppoli, Martini, Scibelli, Novi. Quest'ultimo, specialmente, oltre a due interessanti lavori sulla sinfisiotomia, pubblicati nel 1872 e nel 1881, nei quali si trova raccolto tutto il materiale clinico relativo alla operazione, appartenente alla Maternità degl'Incurabili, ha dato ancora un largo contributo personale di sinfisiotomie. Il Novi inoltre ha messo in pratica, pel primo, nel 1876, le leghe proposte dal Jacolucci del parto prematuro artificiale e sinfisiotomia, e della sinfisiotomia ed embriotomia a feto morto, contro il parto cesareo.

Come abbiamo veduto in questo secondo periodo storico della sinfisiotomia, avversarii della operazione veramente non ve ne furono. Quasi tutti gli ostetrici l'accettavano teoricamente, ma nella pratica si arrestavano poi quasi sgomenti di doverla eseguire, perocchè non sembra verosimile che ad essi mancasse l'occasione di praticarla, non essendo punto rarissime le pelvi ristrette entro i limiti nei quali la sinfisiotomia è indicata. In fatti dopo le operazioni dell'Assalini e del Gianni, nell'alta e media Italia, non ne furono praticate che cinque, almeno che siano a nostra cognizione. Vogliamo riferire brevemente questi casi, i quali sono poco noti, e non fanno parte, che io mi sappia, di alcuna statistica di sinfisiotomie.

Troviamo innanzi tutto una sinfisiotomia eseguita dal Da Camin per una indicazione non ancora stabilita prima di questo operatore. Si trattava di un parto per la spalla con procidenza del braccio, nel quale il Da Camin trovò necessario di recidere la sinfisi del pube, senza che vi fosse vizio di pelvi. Il risultato per la madre e pel feto fu infausto. (*Giornale Veneto di scienze mediche*, 1850, p. 706).

Il Belluzzi di Bologna eseguì due volte l'operazione, nel 1866 e nel 1867, e per consiglio del Rizzoli prescelse il metodo sottocutaneo servendosi delle forbici ossifraghe dello stesso Rizzoli; le donne morirono una di pneumonite, l'altra di peritonite; i bambini furono estratti vivi tutti e due. Il Ghersi, nella Maternità di Pammatone di Genova, in una contadina, il cui bacino sformato dall'osteomalacia, non aveva più che lo spazio di 30 m|m fra i due ischi, praticò la sinfisiotomia e quindi applicò il forcipe con cui estrasse vivo il feto, il quale era della naturale grandezza; la donna tollerò bene l'operazione; ma, anche dopo, con-

tinuò indomito il morbo nel proprio corso. (Viviani. « Relazione sui parti della Maternità di Pammatone. » Genova, 1869, p. 105). Infine il Piccinini, nel 1870, a Cassano-Magnago in Lombardia, con processo proprio sottocutaneo, eseguiva l'operazione ottenendo un pieno successo per la madre e per il feto.

Ma come spiegare questa evidente contraddizione fra il dire ed il fare negli ostetrici delle scuole dell'alta e della media Italia? — Vogliamo riportare alcuni passi di autori reputati, che danno ragione della notata contradizione tra la teoria e la pratica.

Il Lovati cerca di giustificare perchè l'operazione, ai suoi tempi, fosse pressochè dimenticata. « Dapprima, egli scrive, furono ridotti i casi per la sua indicazione, avendone ristretti i limiti nei giusti suoi confini, dappoi vennero tolti alla sinfisiotomia tutti quegli altri casi nei quali col parto precoce artificiale la donna si fa partorire avanti il termine della gravidanza, essendo le medesime circostanze che meglio si prestano per l'operazione sigultiana, le più favorevoli egualmente per il parto precoce artificiale. Arrogi che la cefalotrissia ne toglie qualche altro tra i pochi che rimangono di donne, a cui per non aver richiesto a tempo i soccorsi dell'arte non si è potuto provocare il parto prematuro. Non avverrà dunque che pochissime fiate in cui l'ostetricante si troverà nella posizione di dover eseguire l'operazione di Sigault, la quale anche in questi casi, estremamente rari, non verrà sempre praticata, perchè per la riducibilità della testa il parto talora si potrà ancora effettuare naturalmente e tal'altra volta il feto potrà essere estratto colla semplice applicazione del forcipe. »

Ma chi riproduce più esattamente le idee degli ostetrici italiani della metà del nostro secolo, riguardo alla operazione della sinfisi, è il Pastorello (« Trattato di ostetricia. » Pavia, 1854); le cui argomentazioni, improntate a concetti, in apparenza, molto pratici e razionali, han continuato, anche in seguito, a far le spese degli avversari della operazione. Riportiamo, per questo, integralmente tutta la parte del capitolo, consacrato alla sinfisiotomia dal Pastorello, per dimostrarne i pericoli operativi, e più di tutto le incertezze che circondavano la sua applicazione clinica. Ecco come si esprime l'A.:

« La ferita di una fibro-cartilagine che tanto difficilmente viene susseguita da regolare processo di adesione, gli infiltramenti marciosi nella

cavità della pelvi, la facile infiammazione della vagina, dell'utero e della vescica orinaria, la protrusione di questa tra le ossa disgiunte, la rimanente mobilità delle ossa della pelvi, con difficile e vacillante incedere della operata, e la pericolosa possibile lacerazione delle sinfisi sacro-iliache, sono gl'inconvenienti e pericoli, che si temono e furono sempre temuti per la donna, che si sottopone all'operazione della sinfisiotomia.

« Il feto invece non può che guadagnare dall'ampliamento qualsiasi della pelvi che si ottiene colla sinfisiotomia. Non si creda però che con tale risorsa esso abbia certamente salva la vita; se l'operazione fu fatta per la sua vera indicazione, l'aumento ottenuto di 4 in 5 linee di spazio non deve essere sufficiente perchè il parto succeda spontaneamente; giacchè se ciò fosse vero sarebbe stato indicato il forcipe e non la sinfisiotomia. Quindi dopo quest'ultima è quasi sempre indicata l'applicazione del forcipe; e tutti sanno che quando questa vien fatta per isproporzione tra il feto e la pelvi più di un feto vi perdè la vita. Tali principii vengono constatati dai dati statistici delle varie sinfisiotomie finora eseguite. Fra le donne operate il numero delle morte supera di molto quello delle salvate, fra le quali più di una rimase con dispiacevoli conseguenze; fra i feti si ebbe un notabile numero di morti.

« Finalmente si ebbero dei casi, nei quali per imprevedibile ossificazione delle sinfisi sacro-iliache si ottenne tanto poca divaricazione delle ossa pubiche, che fu insufficiente alla estrazione del feto; e quindi dopo aver fatto la sinfisiotomia si è dovuto passare o alla perforazione del cranio o al taglio cesareo.

« Per questi motivi, poco soddisfatti di questa nuova scoperta, gli ostetrici pensarono sempre a rinvenire un mezzo più conveniente in questo secondo grado di ristrettezza; e difatti fu questo rinvenuto nel parto prematuro artificiale, quando almeno il difetto di pelvi sia stato a tempo debito riconosciuto. Ma quand'anco in questo grado medio di ristrettezza del bacino, o per incuria nell'invocare a tempo debito il soccorso dell'arte, o per qualsiasi altra ragione siasi omesso di provocare a tempo il parto precoce, quasi mai al giorno di oggi si ricorre alla sinfisiotomia. Quantunque non si possa negare in teoria che possa darsi un qualche caso, in cui questa operazione sia per riuscire realmente vantaggiosa e quindi essa sia indicata, tuttavia all'atto pratico si stenta assai a convincersi della sua convenienza. I motivi di una tal titu-

banza stanno, secondo me, *nella difficoltà già dimostrata di misurare matematicamente i diametri della pelvi, nella gravezza di questa operazione, e nella incertezza che con questo mezzo si possa arrivare allo scopo.* Infatti il rilevare l'estrema ristrettezza della pelvi, in generale è abbastanza facile, ma non può dirsi altrettanto di quella mediocre ristrettezza nella quale è indicata la sinfisiotomia. Ognuno è persuaso che, se il feto è vivo, ed il volume e consistenza del suo capo sono normali, quando il diametro coniugato sia di 2 3[4 pollici (ed altrettanto dicasi delle debite proporzioni degli altri diametri della pelvi) è quasi impossibile estrarlo vivo col forcipe, che si può sperare di ottenere questo scopo colla sinfisiotomia, e che quindi si può risparmiare il taglio cesareo, che per la donna è ancora più pericoloso di quella. Ma come si può aver il convincimento di quella precisa dimensione del diametro della pelvi? Il pratico si forma soltanto una idea approssimativa dell'estensione dei medesimi, esso dubita sempre che lo spazio sia minore o maggiore di quanto suppone. Nel primo caso sarebbe un azzardo l'eseguire una gravissima operazione, che forse non sarà sufficiente allo scopo desiato, perchè dovrà venire susseguita o dalla gastro-isterectomia od almeno da una violenta applicazione di forcipe, la quale nell'atto che aggrava sempre più la condizione dell'operata, priva il feto di vita, perdendo così l'unico scopo di quella pericolosa operazione. Nel secondo caso all'incontro, quando cioè lo spazio pelvico fosse maggiore di quanto creder poteasi, il forcipe solo bene applicato avrebbe forse potuto ottenere l'intento di salvare ambo le vite. Ma non è la sola difficoltà della esatta pelvimetria che rende titubante il pratico in tale emergenza; *vi ha ancora l'eguale incertezza relativamente al volume e consistenza della testa.* Sa ognuno che se la testa è piccola e cedevole può ottenersi un buon risultato dalla sinfisiotomia, anche quando il diametro coniugato con poll. 2 1[2 (67 ^{m}[$_{m}$) e così gli altri in proporzione; come è noto egualmente che, se la testa è molto grossa e poco cedevole, è vantaggiosa l'operazione in discorso soltanto quando esistano 3 poll. (81 ^{m}[$_{m}$) nel diametro coniugato. Ma sarà poi tanto facile lo stabilire in ogni singolo caso queste diverse gradazioni di consistenza e di volume di capo? Il pratico, che sa quanto siano questi elementi variabili anche nella medesima partoriente, e quanto poco sicuri ne siano i dati diagnostici, deve dare ingenuamente una negativa risposta. Egli è appunto per queste in-

certezze che quasi sempre l'ostetrico si appiglia dapprima al partito meno pericoloso, e che anche nei gradi medii di ristrettezza tenta per solito l'applicazione del forcipe. Messo in esecuzione questo validissimo mezzo, ordinariamente vien tolta l'indicazione alla sinfisiotomia. Difatti o si riesce con sufficiente facilità alla estrazione del feto, ed allora si ottiene il convincimento che la sinfisiotomia non era realmente indicata; ovvero si devono impiegare validi sforzi per tentare l'estrazione del capo, e sotto di questi svaniscono per solito i segni positivi della vita del feto, vale a dire i battiti cardiaci ed i movimenti attivi del medesimo, ed allora non più la sinfisiotomia, ma la perforazione del cranio diventa indicata. Nè si dica che è poi inumano ed ignorante quell'ostetrico che tanto si ostina nell'applicazione del forcipe da fare isvanire sotto le sue mani la vita del feto. Io concedo che una certa moderazione debba sempre serbarsi in qualsiasi operazione tocologica; ma siccome la pratica ha dimostrato che molte volte anche lunghe e direi quasi violenti applicazioni di forcipe finirono con felicissimo esito tanto pel feto come per la madre, così è impossibile il determinare a priori il giusto limite oltre il quale non possa più fidarsi l'ostetrico nella mirabile efficacia del forcipe. Solo dopo di aver usato un notabile grado di forza esso acquista il convincimento che quel mezzo non è sufficiente per un tal grado di ristrettezza, ma allora, come dissi, egli è quasi sempre autorizzato ad intraprendere la cefalotomia perchè mancano già i segni positivi della vita del feto. Che se dopo valide e talvolta ripetute applicazioni di forcipe il feto conserva ancor manifesti i segni di vita, e si abbia il convincimento non esistere quel grado di ristrettezza che esiga assolutamente il taglio cesareo, *allora solo io crederei autorizzato l'ostetrico al taglio della sinfisi.* »

Oltre il Lovati ed il Pastorello, che come abbiamo detto sintetizzano le idee della maggior parte degli ostetrici dell'alta e della media Italia, della scuola napolitana, il Cattolica, il Raffaele (Giovanni) e il Finizio si mostrarono poco favorevoli alla operazione. Il primo, sebbene discepolo del Ferrara, il quale introdusse in Napoli la pratica della operazione, e sebbene egli stesso operasse di sinfisiotomia una donna con c. v. di due pollici e mezzo (67 $^{m}{}_{[m}$), ottenendo esito infausto per la madre e pel feto, più tardi scriveva « che detta operazione non è affatto a tentarsi quante volte il diametro sacro-pube è al disotto di tre pol-

lici meno linea (80 ^{m}[m]), e quindi crediamo falso il vantato felice successo di operazioni praticate a due pollici e mezzo o meno. » Ed in altra parte affermava ancora « non essere la sinfisiotomia un metodo prescritto dalla ragione. »

Il prof. Giovanni Raffaele a sua volta giudicava che la sinfisiotomia molte volte fu usata senza necessità, e che essa poteva essere sostituita dal forcipe, quando il restringimento sia nel diametro sacro-pubico. Egli quindi non l'ammetteva che nell'accorciamento dei diametri trasversi, e quando, difettosi i due stretti, la testa rimanga incuneata nell'escavazione. « Senonchè, aggiungeva l'A., condizione indispensabile per muover l'ostetrico a praticare la sinfisiotomia, è l'esser sicuro della vita del feto, sicurezza che sempre più vien meno quanto più dura e maggiore sia l'incastro della testa. »

Il Finizio infine, che pure operò molte volte di sinfisiotomia, registrando, come egli dice, diversi successi in confronto a molti insuccessi, finì col rinunciare intieramente alla pratica della operazione, sfiduciato dai molti insuccessi, ed anche, perchè, accettando completamente le idee innanzi esposte del Pastorello, riteneva che raramente l'ostetrico si trovasse innanzi ad una precisa indicazione operativa.

Dopo l'impulso impresso al risveglio della sinfisiotomia dal Morisani con gli ultimi suoi lavori, nuove e più vive speranze sorgevano per la operazione in seguito ai trionfi che la profilassi listeriana andava guadagnando nel campo chirurgico. Già il Mangiagalli nel suo lavoro « Sulle indicazioni assolute e relative del taglio cesareo (metodo Porro) » (1880), scriveva: « oggi è meglio conosciuto e determinato l'aumento che nelle angustie pelviche è permesso sperare dal taglio della sinfisi; oggi sono meglio conosciuti i danni che un forzato divaricamento può produrre nelle sinfisi sacro-iliache, e quindi ancora meglio determinati i limiti di tale divaricamento; oggi la pelvimetria permette stabilire con norme più sicure il grado della stenosi pelvica, e quindi le indicazioni dei processi operativi; oggi la sinfisiotomia gode come le altre operazioni i benefici effetti della medicatura antisettica. Ora se la sinfisiotomia può veramente essere utilizzata in alcuni casi di angustia pelvica: se possono essere scongiurati i pericoli inerenti al modo ed ai casi, nei quali venne praticata, non ci sembra giusto che essa sia cancellata dal

quadro delle operazioni ostetriche, e rifiutata in beneficio di operazioni certamente più gravi. »

Un anno dopo il Chiara, uno dei fautori più convinti della embriotomia, riconosceva « che molte tra le obbiezioni che a priori si fanno alla sinfisiotomia più non reggono in oggi che la profilassi del Lister ha migliorato la statistica di tutte le operazioni, » ed aggiungeva: « da parte mia faccio caldi voti che la statistica ci porti, su questo argomento importantissimo, pronta e favorevole risposta. »

Nel 1882 il Mangiagalli, in un altro suo importante lavoro: « Una probabile risurrezione nel campo dell'ostetricia operativa » affronta decisamente la questione della sinfisiotomia, e la studia con criterii individuali e liberi, apportandovi contributo autorevole di giudizio critico e di esperimento e preannunziando con fede la risurrezione dell'atto operativo, sotto la salvaguardia della profilassi antisettica. « Ebbene, egli scrive, o io m' inganno a partito ovvero niun momento è più favorevole di questo perchè la sinfisiotomia risorga e conquisti il suo posto fra le operazioni ostetriche. Ma perchè tale risurrezione sia possibile è d'uopo che la sinfisiotomia abbia realmente indicazioni proprie, sia efficace, sia superiore per i suoi risultati ad altri atti operativi che nello stesso campo di azione le contestano la preferenza. »

Il Mangiagalli cerca nel suo lavoro di risolvere le principali quistioni su cui si aggira il problema della operazione. Innanzi tutto studia il quesito, di fondamentale interesse pratico per ben stabilire la indicazione di qualsiasi operazione ostetrica ed in ispecie della sinfisiotomia, quale sia la deduzione da farsi alla coniugata diagonale per avere la la vera. Secondo i computi dell'A., fatti sopra 100 pelvi viziate, si ha molto minore probabilità di errare facendo una deduzione non inferiore a 12 $^{m}[_{m}$, ma non superiore a 15 $^{m}[_{m}$; deducendo 12 $^{m}[_{m}$ si avrebbe un errore medio di $^{m}[_{m}$ 3,37, e deducendo 15 $^{m}[_{m}$ si avrebbe un errore medio di $^{m}[_{m}$ 3,39. « Data tale deduzione ne segue, dice il Mangiagalli, che facendo io cessare ad 80 $^{m}[_{m}$ *reali* nella C. V. il campo dell'ostetricia conservativa, ogni qualvolta io misuri una C. D. da 80 a 90-92, ne segue, io dico, che, secondo le mie convinzioni, io mi trovi allora nel dominio della sinfisiotomia. » Dopo di ciò l'A. studia il problema meccanico dell' aumento dello spazio utile della pelvi, in seguito al taglio della sinfisi; le sue esperienze fatte su cadaveri di puerpere, diedero risultati del

tutto uniformi a quelli dei precedenti osservatori. Infine l'A. cerca di rispondere alle obbiezioni più serie mosse contro la sinfisiotomia, cioè sulle conseguenze immediate e successive per la madre, e sui risultati reali conseguiti pel bambino. « Che oggidì, scrive l'A., coi portenti avuti mediante la medicazione antisettica, la semplice divisione del pube *considerata in sè*, sia pericolosa, nessuno vorrà ammetterlo »... « Il pericolo delle lesioni delle sinfisi sacro-iliache fu dimostrato reale, ma fu esagerato; »... « praticando la operazione nei suoi giusti confini, in quelli ammessi oggidì dalla scuola napolitana, tale timore è esagerato, e pressochè immaginario. » Invoca a sostegno della sua dimostrazione i risultati delle statistiche napolitane, nelle quali la mortalità complessiva dei due esseri discende dal 45 al 23, e quindi al 15 0[0, e conclude: « queste cifre sono così eloquenti che varranno forse a scuotere il disdegnoso silenzio dei più, ad incoraggiare i timidi, a persuadere gli imparziali a riprendere in esame una questione troppo inacerbita da una critica, che non forse mirava sempre alla verità, la cui ricerca deve essere nostro unico e precipuo scopo, » ed aggiunge: « quali splendidi risultati non siamo noi in diritto di aspettarci quando metodicamente e scrupolosamente si applicasse alla sinfisiotomia la medicazione listeriana, mediante la quale, operazioni per regola mortali danno ora per regola la guarigione? » In quanto alle conseguenze per la madre, successive all'operazione, il Mangiagalli risponde con l'affermazione di quelli che praticarono in vasta scala la sinfisiotomia ed aggiunge: « la logica dei fatti e la logica dei confronti con quanto si pratica oggidì dal chirurgo sopra altre articolazioni ed i risultati del metodo antisettico ci autorizzano ad unire all'affermazione loro l'affermazione della nostra ragione, anzichè la nostra fede. »

Finalmente l'A. chiude il suo importante studio con le seguenti parole: « La mia convinzione è sorta dall'analisi spassionata dei fatti; se la sinfisiotomia ha indicazioni nette e precise, se i risultamenti che essa offre per la madre e per il feto sono commendevoli, perchè non deve risorgere oggidì che il metodo antisettico le offre un ambiente così favorevole per la sua riprova clinica? »

Abbiamo voluto riportare a grandi tratti la monografia del professor Mangiagalli per la sua solenne importanza che rappresenta nel movimento storico della questione della sinfisiotomia; questo lavoro infatti non

è solo una contribuzione scientifica, del più vivo interesse, sulla materia, ma rappresenta eziandio la ribellione contro la ostile tradizionale autorità che pesava da tanti anni sulla operazione nelle cliniche ostetriche dell'alta Italia. Che si aspettava ancora per introdurre nella pratica delle cliniche loro la sinfisiotomia, dopo le inconfutabili dimostrazioni cliniche e sperimentali sulla utilità ad opportunità della operazione fatte dal Morisani e ribadite dal Mangiagalli? — L'indifferenza e la diffidenza degli ostetrici non venne pertanto scossa, e vedremo che per molti anni ancora il silenzio più ostinato avvolge l'atto operativo nella maggioranza delle cliniche ostetriche d'Italia.

Senonchè l'anno dopo (1883) un altro ostetrico dell'alta Italia, il Marchioneschi, a proposito di uno studio sopra una pelvi con alterazioni da cifosi, scoliosi, cifo-scoliosi e lordosi, nel discutere dei soccorsi da apprestare alla donna con vizio cifotico, sosta innanzi alla embriotomia ed alla operazione Porro, ed appoggiandosi sulla autorità del Morisani e confortato dalla opinione del Mangiagalli, propone la operazione della sinfisiotomia.

Finalmente arriviamo alla comunicazione del Morisani, fatta alla Società italiana di Ostetricia e Ginecologia (Roma, 1886) che, secondo noi, chiude il secondo periodo della sinfisiotomia in Italia.

Con la comunicazione dal titolo modesto « Ancora della sinfisiotomia, statistiche e considerazioni, » il Morisani, assolve l'atto più importante di tutta la sua infaticabile attività a pro' della operazione.

In vero, mentre da un verso, con i quadri statistici, riassume tutta la storia operativa della sezione della sinfisi, dal Sigault fino ai nostri giorni, dall'altro si distacca da quelli, fra gli operatori di sinfisiotomia dell'Ospedale degl'Incurabili, che continuavano ad eseguirla inconsultamente e senza le indispensabili cautele antisettiche.

La vera statistica dei tempi nuovi, la statistica scientifica ed antisettica della sinfisiotomia era ancora da farsi; le statistiche presentate fino allora, anche le più recenti, non dovevano essere l'indice del valore della operazione. « Noi non possiamo e non dobbiamo accettare queste cifre brute, egli scrive, senza portare il nostro esame sopra ciascun caso compreso nella statistica, e valutare quanta parte abbia avuto alla morte di ciascuna operata il processo operativo per sè medesimo e per

le sue naturali conseguenze, e quanto le condizioni preesistenti o la trascuranza delle norme e dei precetti necessarii per la buona riuscita della operazione medesima. » E così, dopo una critica giustamente severa, dopo aver scagionata la operazione degli aggravi inerenti alla non retta applicazione dei principii e alla non esatta convenienza operativa, conclude che « *la sinfisiotomia è operazione che può e deve rimanere nella pratica ed in mani abili può dare eccellenti risultati.* »

La vera statistica antisettica della sinfisiotomia era ancora da farsi; ed egli staccandosi completamente da quelli che contribuivano nello stesso campo operativo, a discreditarla, prometteva in tal modo di accingersi a farla da sè e con la sua scuola.

E con questa comunicazione del Morisani si chiude in Italia il secondo periodo storico della sinfisiotomia; periodo di lenta ma progressiva preparazione al trionfo completo della operazione.

(Continua).

ISTITUTO OSTETRICO-GINECOLOGICO DELLA R. UNIVERSITÀ DI PISA
diretto dal Prof. C. Minati.

Amputazione cesarea utero-ovarica
con affondamento ed inversione del peduncolo
(MADRE E FETO SALVI)

PER IL
Dott. VITTORIO FRASCANI
Aiuto clinico.

Nel settembre del decorso anno 1891, nel N. 209 della *Riforma Medica*, citati i varii autori che fino allora avevano proposti processi d'inversione del moncone uterino, dopo l'amputazione cesarea utero-ovarica e dopo l'isterectomia sopravaginale, ed i pochi casi in cui tale processo era stato applicato sulla vivente, esposi i risultati da me ottenuti sperimentando su cagne gravide e non gravide, nelle quali alla ablazione dell'utero e delle ovaie facevo seguire la introflessione del moncone nella cavità cervicale. In quell'opuscolo è descritta la tecnica che io seguii per ottenere e per assicurare l'arrovesciamento del peduncolo ed il reperto istologico dei varii monconi uterini asportati, sacrificando dopo una ventina di giorni i diversi animali da me operati, che guarirono presto e bene.

Di tali pezzi asportati, ridotti al collo uterino ed alla parte più alta della vagina circondante la porzione sottovaginale, induriti, sezionati al microtomo e colorati col carminio boracico, fatto l'esame microscopico mi risultò che alla sua superficie il moncone si presentava avvallato ed in corrispondenza dell'avvallamento si osservavano al disotto della sierosa, strati di connettivo con una direzione parallela alla superficie del moncone stesso *e che specialmente nei tratti inferiori non si aveva più traccia del canale cervico-uterino, che era sostituito da un tessuto connettivo di*

formazione già avanzata e ricco di vasi. Osservando con attenzione le sezioni del peduncolo, risultava che nella parte più alta e più centrale di esso, i grossi vasi, appartenenti indubitamente alle ramificazioni delle arterie uterine, erano trombizzati ed il trombo già in avanzata via di organizzazione; nelle parti più basse e più periferiche invece si vedevano grossi vasi, ma con pareti e lume perfettamente normali.

Da tali ricerche sugli animali e dal relativo esame istologico del moncone asportato, risultava evidentemente *che in un tempo assai breve invertendo il peduncolo si forma una barriera solida e resistente fra la cavità vaginale e la peritoneale e ne viene garantita anche la emostasia* (1).

Incoraggiato dai risultati ottenuti in seguito a queste mie ricerche sugli animali, essendosi presentata l'occasione in quest'anno di eseguire un taglio cesareo, dopo ottenutane la concessione dall' ill. mio maestro prof. Minati, cui rendo sentite grazie, mi proposi di mettere in pratica tale processo operatorio d' inversione del moncone in un caso di amputazione utero-ovarica cesarea, di cui ecco la narrazione:

Rachele Satti nei Marovelli, di anni 34, proveniente da Caprignano (Garfagnana), fu accolta nell'Istituto Ostetrico e Ginecologico il 13 gennaio 1892, gravida al 6.° mese. Mestruata a 16 anni, la perdita sanguigna fu sempre regolare per periodo, non molto abbondante e della durata di 4 a 5 giorni. Maritatasi a 25 anni, dopo 9 mesi partorì felicemente e potè per altrettanto tempo fare essa stessa l' allattamento del proprio bambino che cessò, essendosi accorta di essere rimasta nuovamente incinta. Anche questa volta il parto fu naturale e più rapido del precedente, essendo il feto meno sviluppato del primo, allattò in seguito per 19 mesi consecutivi, perchè divezzato il proprio, dette il seno anche ad un altro bambino che le venne affidato. Fu in questo periodo di tempo che la Marovelli cominciò ad avvertire dei dolori alla cintura pelvica ed agli arti inferiori; dolori che aventi sede profonda nelle ossa, si mitigavano col riposo; non si reggeva in piedi così stabilmente come per lo avanti e provava difficoltà nel camminare.

---

(1) Frascani. « L' inversione del moncone dopo l'amputazione cesarea utero-ovarica e dopo l'isterectomia sopravaginale. » *Riforma Medica,* N. 209, settembre 1891.

Rimasta di nuovo incinta, tali sofferenze si aggravarono e al quinto mese di gestazione partorì un feto morto, dopo di chè si ridusse in tali condizioni che le era impossibile reggersi in piedi e camminare e fu costretta di rimanere in letto per due mesi. Intanto aveva dolori assai forti in tutto il corpo e specialmente nel bacino e nella colonna vertebrale, che essendo stati ritenuti per reumatoidi, vennero curati con embrocazioni calde e con frizioni di olio di senape. Nel resto di tale malattia l'inferma si incurvò, divenne molto pallida, anasarcatica, qualche volta alla sera era colta da febbre. Dopo tre mesi cominciò ad abbandonare il letto, ma era costretta a rimanere seduta su di una sedia, e solo passato un certo tempo poteva a stento camminare, sorregendosi sulle grucce, e poi sui bastoni; era inetta a qualsiasi occupazione. Perciò le vennero somministrate forti dosi di latte, fosfato di calce, insieme ad una dieta ricostituente, in seguito alla quale gli edemi ed i dolori scomparvero e la paziente potè camminare e supplire alle sue ingerenze.

Rimasta di nuovo incinta, la gravidanza decorse fino al suo termine, quando nell'agosto 1889, dopo 24 ore di soprapparto, venne operata di embriotomia cefalica. Uguale esito ebbe una nuova gravidanza cominciata nel maggio del 90 e terminata il 3 gennaio 1891. Tali operazioni furono seguite da puerperii normali, passati i quali la donna si rimetteva in discreta salute e poteva muoversi, bensì un po' stentatamente, ed accudire a qualcuna delle faccende domestiche.

Per ciò che riguarda la gravidanza presente ebbe l'ultima mestruazione il 10 luglio 1891, la gestazione decorse regolare ed al 6.° mese per consiglio del suo medico, venne nel nostro Istituto clinico ove esaminata, la trovammo quanto appresso:

La donna, di statura media, era assai emaciata, la pelle del corpo di colore olivastro, scarso l'adipe, flaccidi i muscoli. Aveva buon appetito, digeriva bene, normali erano pure le altre funzioni compresa la respiratoria. Le orine erano normali per qualità e quantità; si reggeva bene in piedi, la deambulazione si faceva un po' lentamente ma assai regolarmente, senza occasionarle dolore; lo stesso dicasi degli altri movimenti corporei, se si eccettui l'abduzione dei femori che era molto limitata e se veniva esagerata era causa di sofferenze. Le ossa offrivano normale consistenza; le parti dello scheletro maggiormente attaccate dalla osteomalacia erano il bacino e la colonna vertebrale, deformata da cifoscoliosi dorsale destra con scoliolordosi lombare di compenso; il sacro presentava la caratteristica incurvatura esagerata con concavità rivolta verso il cavo pelvico e così per l'introflessione notevole dei cotili verso la cavità pelvica e per l'abbassamento e per la sporgenza del promontorio sacro vertebrale nel campo dello stretto superiore, questo aveva assunto la forma di *foglia di trifoglio.*

*

Il bacino aveva le seguenti misure:

Distanza fra le S. I. A. S.	cent.	24
„ fra le creste	„	28
Diametro bitrocanterico	„	29,5
„ biischiatico	„	6
„ retto esterno	„	20
„ obliquo destro	„	25
„ obliquo sinistro	„	24
Altezza del bacino	„	21

Colla palpazione e col riscontro si verificava, come ho detto, la notevole sporgenza all'interno delle pareti cotiloidee e la formazione del rostro e della doccia osteomalacica; lo spazio sottopubico aveva la forma di quello circoscritto dalla lettera greca Ω, in modo che per praticare il riscontro occorreva introdurre il dito o nella parte circolare dell' Ω oppure fra le tuberosità ischiatiche. Gli arti inferiori non deformati erano ricoperti da muscoli flaccidi, che male ricuoprivano le eminenze ossee.

Valutate tali alterazioni della pelvi, la loro causa e l'andamento dei parti precedenti, fu consigliata la partoriente di ritornare all' Ospedale quando fosse stata prossima al termine della gravidanza, per sottoporla allora all'operazione cesarea. Così ella fece e fu ammessa di nuovo nella clinica il 4 aprile.

Il parto valutandolo dall' ultima mestruazione, doveva avvenire approssimativamente il 15 aprile. Ripetuto l' esame diretto della gestante nulla trovammo di differente, com' è naturale, nella pelvi e nel resto dello scheletro da quanto era risultato nella prima visita. L' utero di forma ellissoide con grande asse trasversale, lungo 21 centimetri, mentre il longitudinale era 18 centimetri, esageratamente antiflesso od obliquo a destra, arrivava col suo fondo alla zona media sopraombellicale, l'ovoide cefalico trovavasi in basso verso la fossa iliaca destra, il pelvico a sinistra, ma ad un livello più elevato. Il battito cardiaco del feto aveva il suo massimo di intensità nel quadrante inferiore a destra, i moti attivi erano percepiti dalla donna verso il fondo uterino.

Sempre nell'idea che tale donna dovesse essere operata di taglio cesareo, trattandosi di stenosi pelvica da osteomalacia, fu stabilito che si sarebbe praticato il metodo demolitore, costituendo appunto le viziature pelviche di tal genere, secondo il Fehling ed altri distinti ostetrici, una delle indicazioni al metodo di Porro. Il direttore dell'Istituto decise che si doveva intervenire quando la gestante fosse in soprapparto ed ordinò che tutto si tenesse pronto per tale atto operatorio. In questo

tempo la donna prese ripetuti bagni e giornalmente le venivano fatte lavande vaginali con soluzioni antisettiche.

Nella notte dal 23 al 24 aprile cominciarono le contrazioni uterine, e nel tempo che si ordinava tutto quanto era stato preparato per l'operazione, i dolori si fecero validissimi, si aprì spontaneamente il sacco amniotico, la dilatazione del collo uterino aumentò notevolmente. Intanto erasi stabilita una presentazione di vertice che poggiava sull' apertura d'ingresso del bacino, molto sproporzionato per la sua forma e per le sue dimensioni alla parte che avrebbe dovuto traversarlo; il battito cardiaco sentivasi distinto nel quadrante inferiore destro.

Essendo stato incaricato io stesso di eseguire tale atto operatorio, venni assistito dai professori Minati, Landi e Romiti che mi coadiuvava direttamente. Alle 8 ant. tutto essendo pronto per l'operazione, la donna avendo già fatto il bagno, venne cloroformizzata dal dott. Enrico Mori. Abrasi i peli fino ai pudendi, fatto il cateterismo vescicale e una irrigazione vaginale con soluzione sublimata, lavata la cute del ventre con acqua e sapone, sgrassata con etere e bagnata di nuovo con la solita soluzione sublimata, circondato il campo operatorio di compresse, io divisi a man sospesa fino al peritoneo le pareti addominali che erano sottilissime con una incisione che dall'ombellico arrivava a due centim. sopra il pube. Aperta la sierosa per un breve tratto, introdussi due dita nella breccia fatta e sulla guida di queste incisi il peritoneo per tutta la lunghezza che corrispondeva alla incisione cutanea e ve lo fissai con punti provvisori di sutura. Essendomi proposto di praticare il processo di Müller, ossia l'incisione dell'utero fuori del ventre, dovetti prolungare la ferita in alto per circa 12 cent. al disopra della cicatrice ombellicale e così riuscii nell'intento, perchè tale viscere ripieno del prodotto del concepimento, potè venir fuori attraverso questa lunga breccia ed avvolto da compresse bagnate di soluzione borica calda, essere mantenuto perpendicolare al piano dell'addome. Per assicurare la emostasia temporanea circondai per due volte la parte più bassa del segmento inferiore già disteso dalla testa con resistente tubo a drenaggio del N. 9, e per impedire che delle anse intestinali fuori uscissero dalle pareti addominali aperte per sì lungo tratto, afferratele e rialzatele ne furono riuniti i margini con tre punti di sutura, disposti in modo che il più basso chiudeva il ventre immediatamente dopo l' utero. Dispostolo allora in esagerata antiflessione, proteggendo sempre con compresse di velo imbevute di soluzione borica la breccia addominale e specialmente il punto da cui fuori usciva l'utero, per essere al sicuro che nè sangue nè altri liquidi in esso contenuti si precipitassero nel peritoneo, fatto stringere il laccio elastico e fissarne i capi con una legatura di seta, incisi ampiamente sulla linea mediana la parete anteriore dell' utero a tutta sostanza ed

ingrandita la ferita con un bistorì bottonuto, estrassi con molta facilità, afferrandolo per gli arti inferiori, il feto. Era una femmina bene sviluppata, asfittica, che venne tosto rianimata; la placenta e le membrane imbevute di meconio vennero fuori dietro a quella.

Allora circa 4 cent. al disopra del laccio elastico che funzionava perfettamente, ed era caduto al disotto degli ovidutti e della ovaia, con un bistorì bottonato praticai l'amputazione dell'utero, procedendo dall'alto al basso e facendo la sezione in forma di cono ad apice inferiore. L'utero presentava intatti gli ovidutti e l'ovaio destro; il sinistro che era rimasto inciso verso il suo estremo esterno venne in seguito completamente asportato nel modificare il peduncolo.

Afferrato il moncone risultante da tale amputazione con una pinzetta di Muzeux e stiratolo in alto per poterlo completamente dominare, montato un grosso ago con un robusto cordicino di seta, prima a destra e poi a sinistra, infiggendolo presso l'unione del terzo esterno col terzo medio di tale peduncolo, un centimetro al di sotto della superficie di sezione, lo diressi dallo avanti all'indietro, in modo da interessare primieramente la parete anteriore poi la posteriore di ciò che rimaneva della regione cervico uterina e da comprendervi quando veniva stretto ed annodato sul margine esterno del moncone medesimo, i rami principali dell'arteria uterina. Stretti fortemente tali lacci e fatte delle legature parziali dei grossi vasi resi ischemici dal laccio elastico, le cui boccucce apparivano aperte sul piano di sezione, introdussi in vagina e poi sulla guida del dito nella cavità cervicale un grosso klemmer curvo sul dorso e lo spinsi in alto finchè il suo morso non comparve al di sopra della superficie di sezione uterina nel cavo addominale. Fatto allentare il laccio elastico e contemporaneamente aperto il klemmer, vi furono immesse fra le branche le due estremità dei fili che avevano servito alle allacciature laterali, che chiuso tale strumento e ritiratolo dagli organi genitali vennero al di fuori insieme con quello. Esercitata una certa trazione su detti fili, le due porzioni laterali comprese nelle legature da essi fatte, vennero ad introflettersi nella cavità del moncone medesimo, ciò che fu facilitato agendo direttamente sui margini del peduncolo, con la quale manovra combinata ne fu completato l'arrovesciamento anche del terzo medio non compreso nei lacci.

Ripiegati così in basso i margini del peduncolo, dopo essermi di nuovo disinfettate le mani, procurai di assicurare la disposizione impressa ai margini stessi con due piani di sutura, una profonda, a punti staccati, fatta con grossa seta comprendente la carne uterina ed il peritoneo, superficiale l'altra a sopraggitto pure in seta, che interessando le lamine sierose le raffrontò anche meglio del primo in modo che il canale cervico-uterino venne ad essere chiuso ed impedita quanto era possibile la comunicazione fra la cavità peritoneale e l'esterno.

Tolto affatto il tubo elastico, applicato sul collo uterino per la emostasia provvisoria, si verificò dalla superficie del peduncolo e specialmente dalla parte sinistra un leggiero stillicidio sanguigno che cessò dopo avere aggiunto qualche altro punto di sutura agli altri già praticati sulla superficie del moncone. Nella cavità peritoneale durante tutta l'operazione si riversarono pochissime gocce di sangue, asciugate con una compressa di garza, dopo di chè cominciai subito la sutura con seta delle pareti addominali a due piani siero-muscolo-cutaneo il primo, semplicemente cutaneo il secondo. Convenientemente lavata la regione addominale e ricoperta la ferita con varii strati di garza al solfo-fenato di zinco, fu portata l'operata nel suo letto ove venne come d'abitudine praticata la fasciatura. La porzione amputata dell'utero non offriva particolarità degne di nota ed insieme agli annessi pesava 760 grammi; la placenta con le membrane grammi 570. Il feto del peso di grammi 3440 era lungo 51 centimetri.

Il decorso post-operatorio fu il seguente:

1.° giorno. — Dopo subito l'operazione T. 37. 3, R. 24, P. 90 — Alla sera T. 38, R. 36, P. 96. — L'operata è abbastanza calma.

2.° giorno. — Matt.: T. 37. 8, R. 26, P. 82. L'operata ha riposato tranquillamente e comincia a prendere qualche cucchiaio di brodo che viene in seguito rigettato. Sera: T. 38. 1, R. 32, P. 108. Vomito e leggiero dolore alla ferita. Iniezione ipodermica di morfina.

3.° giorno. — Matt.: T. 38. 1, R. 21, P. 108. Vomito piuttosto abbondante di sostanze ingerite. Solita iniezione ipodermica. Dalle mammelle poche gocce di colostro. Sera. T. 37. 1, R. 19, P. 84. Seguita il vomito. Ventre completamente chiuso. Si somministra un clistere oleoso ma senza effetto.

4.° giorno. — Matt.: T. 37. 8, R. 25, P. 92. Singhiozzo e vomito piuttosto insistente, ventre sempre chiuso, meteorismo pronunziato specialmente all'epigastrio. Entroclisma con olio di oliva senza effetto. Calomelano e diagridio internamente. La prima dose di 15 centigr. viene rigettata, ritenute invece le altre due.

Nelle ore pomeridiane mantenendosi l'ammalata nelle stesse condizioni e ritenendo indispensabile ed urgente che avesse il benefizio dell'alvo, feci somministrare un clistere di olio di ricino e sulla sera essendo rimasti inutili tutti i mezzi fino allora impiegati ricorsi all'applicazione della corrente indotta con l'apparecchio di Dubois-Raymond, ponendo un reoforo nell'intestino retto in cui prima aveva iniettata dell'acqua, l'altro reoforo nella mano destra; immediatamente dopo fu fatta anche la lavatura dello stomaco con soluzione di bicarbonato sodico al 2 0[0. In seguito, decorsa un'ora, l'operata ebbe abbondantissime scariche alvine sciolte, il meteorismo scomparve affatto, cominciò il benessere e la tolleranza assoluta da parte dello stomaco. Sera T. 37. 8, R. 22, P. 97,

5.° 6.° 7.° 8.° 9.° 10.° giorno. — La temperatura oscillò fra 37. 2 e 37. 8. L'operata diceva di sentirsi assai bene, prendeva volentieri dieta liquida ed era solo tormentata da leggiera stomatite.

11.° giorno. — Tolsi i punti. Riunione della ferita in tutta la sua lunghezza.

Nei giorni consecutivi la donna continuò a stare benissimo ed al 21.° dì potè alzarsi dal letto ed in seguito camminare per la clinica e nei giardini annessi all'Ospedale.

Dopo 28 giorni caddero spontaneamente alcuni lacci che fuoriuscivano dall'orifizio esterno del collo e che erano stati precedentemente tagliati assai corti per impedire che venissero al di fuori dei genitali.

Le condizioni generali di questa donna andarono di giorno in giorno migliorando, le muccose visibili prima pallide si colorarono come pure la pelle, e fu solo per studiare le modificazioni della nutrizione e per attendere la eliminazione naturale dei lacci che pendevano dal canale cervicale che trattenemmo fino al 2 giugno in clinica la Marovelli, che altrimenti già perfettamente guarita dell'operazione avrebbe potuto essere licenziata un mese avanti. Tale eliminazione difatto avvenne spontaneamente, e ristabilita in buonissima salute ed in grado di potere riprendere le sue faccende domestiche questa donna abbandonò l'Istituto.

Ho creduto bene di rendere tale operazione da me eseguita di pubblica ragione non per farne rilevare l'esito favorevole, oggi divenuto la regola per la migliorata antisepsi e per il sempre maggior perfezionamento della tecnica operatoria nel taglio cesareo, ma semplicemente in appoggio delle conclusioni a cui venni dopo le mie ricerche sperimentali pubblicate l'anno decorso, che mi erano state inspirate leggendo le monografie di Frank, di Bompiani, di Heusner e di Chalot che proposero, specialmente quest'ultimo, processi d'inversione analoghi al mio.

Di più per quanto io mi sappia varii processi d'inversione del moncone dopo l'amputazione utero-ovarica sono stati proposti, ma poche volte eseguiti sulla vivente. Il solo che abbia praticato sulla donna tale processo operatorio è il Frank di Colonia, che ne fece anche soggetto di una sua importante comunicazione al X Congresso Medico Internazionale di Berlino (1). Oggi poi che dopo le applicazioni fatte nel campo

---

1) Polacco. *Annali di Ostetricia e Ginecologia*, febbraio 1891, pag. 163.

ginecologico, l'affondamento del peduncolo comincia ad essere eseguito anche nei casi di ovaroisterectomia cesarea e che si consiglia o di cingerlo con un laccio elastico o di suturarlo secondo il classico processo di Schroeder, credo che anche l'inversione del moncone meriti di essere presa in seria considerazione, come quella che ci assicura una più pronta e solida chiusura della cavità addominale, per le larghe superfici peritoneali che vengono messe a contatto e facilmente mantenute con apposite suture (1).

Oltre di che offre garanzie di emostasia maggiore di quelle che può darci un moncone non invertito e legato in massa, e ciò per la compressione che subiscono i vasi inginocchiati insieme al tessuto in cui decorrono, per la ripiegatura del moncone medesimo.

In terzo luogo è raccomandabile tale processo perchè la via di eliminazione dei prodotti cui potrebbe dar luogo il moncone, è quella del canale cervicale, attraverso al quale essi possono essere facilmente portati al di fuori, come accadde appunto in questa donna da me operata, nella quale nei primi giorni si ebbe leggiero stillicidio di sangue dai genitali, in seguito la emissione di un liquido sieroso e poi puriforme compatibilmente con le condizioni di salute le più floride della medesima.

---

(1) L'epitelio cubico del peritoneo che secondo Schroeder, Zweifel, Veit, Cohn ed altri costituisce un ostacolo alla riunione delle lamine peritoneali si esfolia secondo Saenger durante le manovre operatorie e non ne impedisce il coalito.

RASSEGNA

Dott. Dolan. — **On puerperal septicaemia** *(Setticemia puerperale).*

Ebbe solo due casi di setticemia in 3453 parti consecutivi. Si può non avere casi settici senza antisettici, basta solo la pulizia. Il parto è da considerarsi come un processo fisiologico da lasciar passare il più che si può senza intervento, senza frequenti esami o manipolazioni, e dopo il parto si conceda il riposo fisiologico. Cita parecchie statistiche a provare il suo asserto.

Discussione. — Dott. Smyly. — Crede che le febbri nel puerperio sono identiche a quelle che seguono le operazioni chirurgiche e secondo la sua esperienza, gli esantemi, eccetto la risipola, hanno il loro decorso usuale e non sono in alcun modo modificati dalla condizione puerperale. La così detta scarlattina puerperale è una setticemia con un'eruzione rossa. Recentemente una donna fu ricoverata nel Rotunda Hospital con febbre tifoidea, la malattia ebbe il suo decorso usuale e la donna guarì. Tre infermiere contrassero la malattia ed una morì, ma non si ebbero accidenti fra le altre ammalate. L'influenza è altra cosa; i microorganismi ritrovati in questa malattia sono simili se non identici a quelli che si trovano nei casi settici. Una paziente che aspettava il parto nel Rotunda lo scorso anno fu presa da sintomi d'influenza che era allora epidemica in quell'Ospitale, si manifestarono sintomi cerebrali e morì due ore dopo il parto. L'autopsia mostrò catarro nasale purulento e meningite purulenta, sani gli organi pelvici. Quanto al caso del dott. Oliver di una paziente che fu colta apparentemente da setticemia per aver partorito in un letto recentemente abbandonato da persona che aveva febbre, egli crede che il *post hoc* non sia necessariamente il *propter hoc* e che non furono escluse altre fonti d'infezione. Quanto alle injezioni uterine il pericolo che le accompagna è l'introduzione di sostanze settiche. Bisogna aver cura di disinfettare vulva e vagina prima d'introdurre il catetere nell'utero che deve essere accuratamente lavato.

Dott. Benington. — È contento che la sua esperienza nella febbre puerperale è piccola. Il peggior caso che vide fu in seguito a rottura totale del perineo che non fu immediatamente suturato. In altri casi più leggieri egli potè dimostrare rottura più o meno estesa del perineo e crede che molti casi abbiano questa origine. Quanto al pericolo che il medico abbia a portare la malattia da una donna con febbre puerperale ad un'altra partoriente, crede che quando si abbia cura delle proprie mani e specialmente delle unghie e se si ha l'uso di fare bagni o lozioni antisettiche, questo pericolo non esista. Raccomanda una diligente pulizia della vagina durante il parto, ma crede si debbano tralasciare le irrigazioni vaginali e uterine come norma durante il puerperio.

Dott. Bramwell. — È del parere che la setticemia non sia dovuta ad un veleno particolare, ma a molti. Secondo la sua esperienza la scarlattina non ha alcuna diretta relazione colla setticemia. Crede con Grigg che alcuni casi di setticemia sono prodotti da malattie delle appendici uterine.

Piazza.

Prof. Luigi Mangiagalli, *Direttore responsabile.*

Milano — Tip. L. F. Cogliati, Via Pantano, 26.

Anno XIV. Settembre 1892. Num. 9.

ANNALI

DI

OSTETRICIA E GINECOLOGIA

Le mostruosità fetali dal punto di vista diagnostico

PEL

Dott. F. LA TORRE

Professore paregg. in Ostetricia,
Membro della Società Ostetrico-Ginecologica di Parigi, della Società francese d'Igiene,
della R. Accademia Medica di Roma, ecc., ecc.

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS OF ENGLAND
26 OCT 92
LIBRARY

(Continuazione, vedi pag. 566).

Che l'idropisia dell'amnios non debba essere causa di mostruosità fetali ma effetto, abbiamo un argomento di fatto nelle condizioni opposte, cioè nell'oligo-idramnios, mancanza assoluta di liquido amniotico. Io non posso qui entrare in discussione su questo punto perchè formerà oggetto d'un mio lavoro speciale; dirò solamente dunque, che sopra 14 parti oligoidramnici — 12 raccolti dal Truzzi (1), uno di Bar (2) ed uno mio (3) — si hanno avuto alcuni casi, compreso uno dello Charpentier, con *mostruosità teratologiche* nel vero senso della parola, e non dovute a *briglie amniotiche*. Ora, se la mostruosità può aversi tanto coll'esagerata quantità di liquido amniotico quanto colla sua assoluta mancanza, parrebbe logicamente scientifico che l'idramnios non può essere causa

(1) E. Truzzi. « Dell'oligoidramnios, ecc. » Milano, Frat. Rechiedei, 1889.

(2) P. Bar. « Note sur un fœtus monstrueux, etc. » V. *Bollet. della Società ostet.-ginec. di Parigi*, Seduta 12 marzo 1891. *Arch. de Tocol.*, 1891, p. 237.

(3) F. La Torre. « Un caso di oligoidramnios, ecc. » Com. fatta all'Accad. Med. di Roma nella Seduta del 24 gennaio 1892.

di dette mostruosità, ma tutto al contrario, effetto; il come lo dirò in altro lavoro.

Per farla finita con questa lunga discussione dirò a mo' di conclusione, 1.° che il punto di confronto, quello del Bar, preso dal Villa per giudicare della frequenza delle mostruosità nell' idramnios acuto, non mi pare rigorosamente ammissibile; 2.° che il percento del Villa non mi pare esatto, anche perchè in 5 casi d' idramnios complicato da gravi deformazioni fetali, il dubbio confina colla certezza che si tratti d'idramnios cronico; 3.° che l' idropisia dell'amnios non può, qualunque sia il suo momento etiologico, causare verso la fine della gravidanza le profonde alterazioni della testa fetale.

Resta dunque giustificata la mia proposizione che l' *idramnios acuto primitivo degli ultimi mesi della gravidanza non può essere causa di alterazioni teratologiche del feto.*

Ritorno all'argomento principale.

* * *

Dicevo dunque: tutte le volte che vi è idramnios cronico l' idea di alterazioni teratologiche sul prodotto del concepimento si affaccia spontanea alla mente e spesso non ci si oppone al vero. Ma nel caso nostro non vi è per ammetterla, come un fatto, solo questa specie, direi quasi, d' intuizione empirica, tutt' altro. L' osservazione clinica ci permette di poter raccogliere tutta una serie di segni pei quali nasce in noi la convinzione che trattasi d'un feto mostruoso; ed abbiamo potuto perciò diagnosticarlo infatti non solo durante il travaglio come solo si credeva possibile, ma benanco prima. E valga il vero, se noi richiamiamo alla memoria le note cliniche che l'osservazione del caso ci fornisce, troviamo che non solo esse concordano con quelle assegnate da Laulaigne (1) all'anencefalia, ma costituiscono in pari tempo il quadro sintomatologico occorrente per fare una diagnosi precisa.

Pur mettendo da canto tutti i segni fisici e razionali che si rappor-

---

(1) Laulaigne. « Contrib. à l'étude de l'anencephalie pendant la gross. » Thèse de Paris, 1883.

tano alla sintomatologia dell'idramnios, ci rimangono sempre seguenti tanto caratteristici.

Colla palpazione si ha che i movimenti attivi del feto sono esagerati, convulsivi e disordinati; si percepiscono su punti distanti l'un dall'altro ed in modo fugace. Ciò che indica evidentemente che la massa cerebrale non esiste o che è molto alterata, giacchè nei casi di sviluppo cerebrale normale il feto non ha simili movimenti attivi.

L'ascoltazione nel nostro caso è muta.

Col riscontro vaginale si ha che appena il dito esploratore urta col feto, questo ballotta con estrema facilità. Ci è stato dato anche poter notare, attraverso il segmento inferiore, che esistono sulla parte fetale, che abbiamo caratterizzato per l'estremità cefalica deformata, appendici mobili ed asprezze ossee che attribuisco, senza poterle ancora ben determinare, a deformazioni dell'estremità cefalica molto rimpicciolita e della colonna vertebrale. Tutti questi segni ci conducono, poggiandoci sopratutto sul segno chiaro per noi dell'apertura del canale rachidiano, ad ammettere un'*anencefalia*, ed abbiamo fissato la diagnosi di gravidanza semplice complicata ad idramnios cronico con feto anencefalico.

Un esame accurato e reiterato, praticato più tardi durante il travaglio, ci conferma questa diagnosi, avendo potuto attraverso le membrane precisare le alterazioni esistenti, cioè esistenza della bocca ed immediatamente sopra un tumore rotondeggiante solidamente impiantato ed un'appendice mobile che ritengo per un occhio ed il naso in forma di proboscide; dietro ad essi la colonna vertebrale grandemente aperta; assenza completa o quasi delle ossa craniche e dell'encefalo non che della saccoccia sierosa che suole rimpiazzarlo nella vita intrauterina, giacchè il dito cade direttamente sulle ossa, le quali danno una sensazione da non ingannarsi, e sull'apertura della colonna vertebrale i cui bordi, formanti la doccia del rachide, sono limitati dai tubercoli delle apofisi trasverse delle vertebre. Tale sensazione è stata ricevuta da me e da alcuni allievi.

Stabilita così la diagnosi clinica giudico il feto non vitale e quindi inutile qualsiasi provvedimento a suo riguardo, non così però per la madre che può andare incontro a molte tristi conseguenze, quali quelle dovute principalmente al repentino svuotamento del viscere gestante enormemente disteso.

* * *

La mattina del 24 la donna risente dolori vivi alla regione dei reni ed al basso ventre e contemporaneamente la dilatazione dell'orifizio uterino comincia ad accentuarsi. Verso mezzogiorno, le contrazioni uterine essendo regolari, benchè non troppo energiche e frequenti, la dilatazione misura 6 cent. circa di diametro. Si possono in tali condizioni percepire bene i caratteri anatomo-teratologici della parte fetale che si presenta nello scavo. Verso le 4 di sera del 24 la dilatazione è completa. Il sacco amniotico, assai voluminoso, sporge nello scavo durante le contrazioni come una mezza sfera, ma nell' intervallo è alquanto floscio e permette che il dito si spinga in alto ed arrivi in dati momenti sulla parte fetale.

Sono presenti parecchi allievi del corso e faccio esaminare il caso ad alcuni; ma non è dato a tutti poter per la via della vagina percepire i cennati segni; solo il Villetti ed il Papi cadono col dito sul feto. Il primo sopratutto, che l'esamina per la prima volta, avverte chiaramente la porzione superiore della colonna vertebrale aperta e constata che sui bordi dell'apertura anormale esistono da un lato e dall' altro una serie di tubercoli ossei dovuti alle apofisi trasverse delle vertebre. È in tal momento che io chiaramente avverto attraverso le membrane la bocca fetale, sopra di essa un tumore rotondo, duro, solidamente impiantato, poi un'appendice lunga qualche centimetro e dopo indietro una vasta superficie ossea, scabra e limitata sui lati da tubercoli ossei.

Dopo di ciò l'*anencefalia* per me è certa.

In queste condizioni non supponendo altre deformità sul prodotto del concepimento e non attribuendogli un eccessivo sviluppo, anzi ritenendolo molto al disotto della media normale, lascio che il parto si espleti spontaneamente senza alcun preparativo per un intervento qualsiasi.

La dilatazione intanto essendo completa e le membrane non accennando a rompersi spontaneamente le perforo, avendo cura di raccogliere in apposito vaso le acque amniotiche per misurarle ed esaminarle e disponendo che un allievo sorvegli la circolazione cerebrale per fare prontamente, ove il bisogno lo richiedesse, una compressione sulla aorta addominale appena scolate le acque o per lo meno appena uscito il feto.

Le membrane essendo resistenti e non potendo lacerarle coll'unghia del dito, ricorro all'aiuto d'un punteruolo, ma appena forate la forza delle acque le lacera largamente ed il liquido amniotico esce precipitosamente, non ostante che io conservi la mano nella vagina e faccia di tutto per impedire la repentina uscita.

Faccio qui notare come semplice fatto clinico, che non ostante la

subitanea uscita d'una enorme quantità di liquido e malgrado la piccolezza della parte fetale in presentazione, che non riempie completamente lo scavo, non si ha prolasso del cordone ombelicale che pur misura 55 cent. e non forma circolare intorno al feto.

Mentre ho la mano in vagina mi viene a cadere in mano la parte

fetale: è un moncone di faccia con due appendici alla sommità di esse impiantate in pieno corpo vertebrale. Qualche istante dopo la parte fetale si presenta alla vulva. Desta viva e curiosa impressione, bisogna confessarlo, l'apparire dell'estremità cefalica colle sue strane anomalie. È un gran globo oculare biancastro con due nerissime pupille a qualche distanza l'una dall'altra, impiantato su tessuti lacerati che pare vogliano

fissare e sormontato da una appendice a forma di proboscide, che si offre pel primo allo sguardo. Ma l'impressione è fugacissima, giacchè il feto è immediatamente espulso dagli organi genitali materni. Non posso dire se abbia fatto degli atti respiratori, ma avendogli messo una mano sulla regione cardiaca ho percepito lenti battiti del cuore che cessano quasi

immediatamente. Quindici minuti dopo, in seguito a qualche manipolazione fatta a doppio scopo sull'utero, escono spontaneamente gli annessi.

Il liquido amniotico, tutto raccolto, è di 12 litri circa; è apparentemente normale; di colorito cedrino, trasparente e di colore caratteristicamente fisiologico.

La placenta è sottile, ma di dimensioni normali, ben conformata e

pesa 325 grammi. Non mi è stato dato, per quanto diligentemente l'ho macroscopicamente esaminata, riscontrare alcuna lesione o anomalia nè sulla superficie uterina e fetale nè su quelle di diversi tagli.

Così pure normali mi paiono le membrane.

Il funicolo ombelicale è sottilissimo, misura 55 cent., è quasi liscio, non presentando quelle speciali torsioni su sè stesso proprie dei funicoli normali; è impiantato quasi nel centro della placenta.

Il feto è di sesso femminino; pesa 2115 grammi ed ha una misura totale di 38 cent. Esso è, come le qui unite figure lo dimostrano meglio di qualsiasi descrizione, deformato sulla testa.

Questo fatto della conformazione, cioè mancanza del cranio, ci spiegherebbe il perchè del peso piccolo e della piccola lunghezza, mentre in tutto il resto il feto è stupendamente sviluppato. Ciò sarebbe in urto con quanto dicono gli autori i quali, pare, abbiano riscontrato sul corpo degli anencefali varie anomalie somatiche; del resto il feto è di sesso femminino, come tutti i mostri appartenenti a questa famiglia teratologica.

La pelle è rosea, le unghie delle mani sorpassano i polpastrelli delle dita e qualche ciuffettino di capelli, che si vedono dietro alle orecchie, sono neri e lunghi due centimetri circa. Tutto questo dimostra che se il feto non è a termine di sviluppo, è per lo meno molto vicino al termine.

* * *

Pel momento termino qui la descrizione, giacchè è mia intenzione illustrare questo caso speciale in un altro lavoro, tanto dal punto di vista macroscopico e disposizione interna degli organi, quanto dal punto di vista microscopico e considerazioni embrio-teratologiche.

Passiamo ora a qualche considerazione clinica.

* * *

Queste osservazioni ci offrono, sia considerate isolatamente che insieme, l'occasione di fare qualche brevissima considerazione clinica.

A) *Gravidanza gemellare.* — Mi limito a proposito di questo caso, al solo fatto mostruoso, lasciando da parte gli altri punti interessanti. Trattasi, come dissi e come rilevasi dall'annessa figura pag. 506 di ciò, che uno dei feti, femmina, il più piccolo al momento della nascita, secondo nato,

porta un tumore sulla regione sacro-coccigea. Questo tumore è del volume d'un grosso pugno d'adulto, liscio, attaccato come una mezza sfera alla regione sacrale inferiore e ricoperto dai tessuti esterni normali. Il tumore è liquido, fluttuante, riducibile e pare variabile nelle sue dimensioni secondo gli atti respiratori; comunica colla cavità della colonna vertebrale, la cui estrema punta aperta notasi in mezzo al liquido. Non posso nulla raccogliere intorno agli effetti sul neonato d'una lieve compressione esercitata sul tumore.

Esclusi quindi i tumori solidi benigni e maligni, diagnostico un tumore liquido della regione sacrale liberamente comunicante colla cavità della colonna vertebrale per spina bifida: *Rhachischisis anterior* o *et posterior* degli autori.

Come dissi altrove il neonato era piccolissimo e sparuto; tale stato generale ed il tumore mi fecero concepire una prognosi molto sfavorevole non che per la guarigione, ma ben anco per la vita stessa del piccolo individuo. Sicchè, senza badare troppo, raccomandai di prendere estrema cura acciò non fosse, pur proteggendolo, troppo compresso il tumore ed evitare di romperlo. Ma il neonato si rimise ben presto, e dopo poche settimane sorpassò in peso il fratellino; superiorità che non ha cessato mai d'avere fino ad ora, giugno 1892.

Oggi, dopo un anno, il tumore è grandemente diminuito, i comuni tecumenti, che lo ricoprono, continuano ad essere normali e pigiati si sollevano da quella che potrebbe dirsi la parete cistica del tumore, il quale continua ad essere fluttuante e depremibile, nel cui centro notasi sempre la punta estrema della colonna vertebrale.

D'altro canto la bambina è ingrassata, forte e vispa. Tenuta a braccio, seduta, ecc., non ha mai avuto accenno di sofferenze e tanto meno di convulsioni o di paralisi di sorta.

Quale è la mia diagnosi d'oggi?

Quella stessa della prima ora. La natura di queste note non mi permette naturalmente di entrare nei dettagli anatomo-patologici della lesione, quindi non posso dilungarmi su questo punto.

Quali sarebbero la prognosi e l'esito?

In quanto alla prognosi dev'essere riservata. Potrebbe essere grave qualora ne avvenisse la rottura della ciste; ma tenendo conto del fatto che la bambina ha immensamente migliorato, che il tumore è rimpiccio-

lito, che i tessuti esterni sono normali e tendono ad ispessirsi, parrebbe codesto un caso dei più favorevoli. In seguito però non sappiamo quello che potrà avvenire: cioè se il tumore scomparirà, se aumenterà, se si esulcereranno i tessuti esterni o si romperanno in seguito alle funzioni legate all'organismo femmina: l'esito di queste lesioni è sempre grave. König (1) rapporta una statistica di 90 bambini affetti da spina bifida e non operati. Di essi la maggior parte morirono nelle prime 5 settimane; solo 20 sopravvissero i 5 anni.

Gl'individui affetti da spina bifida sorpassano raramente il 3.º anno di vita, eccezionalmente raggiungono una maggior età: da 10 a 20 anni (Bonn, Warner, S. Cooper), 28 anni (Camper), 30 anni (Valton), 58 anni (Schwagermann), 23 e 42 (Broca).

Negl'individui di età avanzata il tumore o non comunicava col midollo o se ne era separato presto.

La mortalità è dovuta principalmente alla tendenza che ha il tumore a scoppiare, per cui König consiglia un rapido intervento operativo. (Ceci).

Bisogna convenire che il nostro caso non è uno di quelli che fanno tanto facilmente temere, giacchè non pare abbia punto tendenze ad aumentare e tanto meno a scoppiare.

Ci sarebbe qualche cosa da fare?

Gran parte dei tumori liquidi della colonna vertebrale sono oggi attaccati con splendidi risultati dalla moderna chirurgia, e basta per convincersi gettare un colpo d'occhio sulla letteratura moderna accennata dal prof. Ceci (2) in un suo interessante lavoro sopra due casi d'idro-meningocele dorsale e lombo-sacrale. Ma su quelli del genere a cui il nostro appartiene non credo si possa tentare alcuna cura. Difatti se passiamo un po' in rivista i principali metodi di cura della spina bifida troviamo questo:

Anzitutto, secondo Tillmanns (3), ed insiste, i tumori che devono essere operati sono quelli che crescono rapidamente e minacciano di

---

(1) Koenig. *Trattato di chirur. spec.*, vol. II, pag. 605.

(2) A. Ceci. « Idro-meningocele, ecc. » In *Gazz. degli Ospedali*, 1881, N. 59-60.

(3) Tillmanns. « Lehr Cuch d. spieciallen Chir. » 1891, pag. 526.

scoppiare o che producono paralisi degli arti inferiori, della vescica, del retto, ecc.

Nel nostro caso non esiste minaccia alcuna di questo genere; dunque nessuna indicazione operatoria. Ciò non di manco guardiamo le cose un po' più da vicino.

I metodi e processi operativi sarebbero i seguenti:

1.° La *compressione* quando il tumore è pianeggiante o piccolo od è riponibile. Heister riferisce una guarigione dovuta a Steuber (1). Nella sua statistica Marchand (2) rapporta quattro casi di guarigione dovuta alla compressione.

2.° La *punzione* dei tumori liquidi per spina bifida è stata praticata prima anche dell'introduzione dell'antisepsi e quel che è più con reali successi e guarigioni da Cooper, Robert, Rossetti. Oggi questo metodo dev'essere, grazie alle cure antisettiche, meglio applicabile. Questo metodo, che s'avvicina alla guarigione naturale e quindi preferibile, presenta dei serii inconvenienti, giacchè residua spessissimo un seno fistoloso. Tale inconveniente è pericoloso nel *myelocele*, potendo sopravvenire convulsioni e coma alla fuoriuscita del liquido cerebro-spinale. Sopra 57 punzioni praticate, Marchand nota 17 guariti e 40 morti.

3.° Si sono praticate anche la *punzione* e l'*iniezione di liquidi irritanti*. Ma, oltre che questo trattamento ha dato in generale quasi la mortalità del 50 0[0, è basato sopra un criterio che non esiste nel nostro caso, cioè la non comunicazione della ciste col cavo vertebrale. Mentre la punzione è impraticabile in quei tumori ove esiste libera comunicazione colla cavità della colonna vertebrale, a meno che non si riesca, votato il sacco e durante l'iniezione del liquido irritante (jodo jodurato), a chiudere mercè compressione la porta di comunicazione.

Altri processi operativi esistono, come l'*incisione* del tumore, la *compressione del peduncolo con legatura*, l'*estirpazione*, ecc., ma, come bene si può comprendere, essi possono applicarsi su tumori più o meno peduncolati e massime in casi di *myelocele e meningomyelocele spinalis* anzichè nei casi di vero *Rhachischisis*.

---

(1) Bardeleben. « Istituz. di patol. chir. » T. IV.

(2) Marchand. Citato da Albert. « Lehrbruch d. Chir. » 1884, Bd. II.

A me pare dunque che il metodo curativo da impiegarsi nel caso che ci occupa debba essere la compressione moderata e continua, sia per la natura e la forma del tumore, come anche perchè pare che impedisca l'espansione del sacco. D'altronde avendo la compressione dato finora buoni risultati, non credo prudente impiegare altri mezzi e consiglio i parenti a continuare, pronto ad intervenire altrimenti ove il bisogno lo richiedesse e con quei mezzi e processi che si giudicheranno opportuni.

* * *

B. Gravidanza semplice complicata ad idramnios, eclampsia ed idrocefalia fetale. — I punti, a mio avviso, da studiare in questo caso sono due: l'etiologia dell'idrocefalia e la presentazione fetale.

a) Lasciamo per ora le altre mostruosità fetali, come il labbro leporino, mancanza della lingua, polidactilia, ecc., e fissiamoci sul fatto principale che è naturalmente l'idrocefalia.

Quale è la causa di quest'anomalia?

È difficile precisarlo; ma qualunque essa sia o qualunque siano i diversi momenti etiologici che più facilmente determinano, isolati o insieme, l'alterazione in discorso, ve n'è uno di assai ben triste azione di cui pare che i moderni autori non voglion tenere molto conto, intendo l'*influenza dell'alcoolismo paterno*.

Difatti, mentre Auvard (1) nel cennare le cause dell'idrocefalia non menziona nemmeno l'alcoolismo, Charpentier (2) non esclude le *abitudini alcooliche* insieme all'età avanzata dei parenti, agli eccessi di coito, alla sifilide, alle infiammazioni croniche dell'aracnoide, ecc.; ma le considera poi in realtà come tante cause più o meno ipotetiche, accordando illimitata fiducia alla sola sifilide, non ostante si possa obbiettare che l'idrocefalia è rara nei casi di sifilide.

Per me l'azione dell'alcoolismo paterno, con date degenerazioni organiche, forse costituisce un serio momento etiologico nella produzione

(1) Auvard. « Traité pratique d'accouchem., » 1890, p. 508.

(2) Charpentier. « Traité pratique d'accouchem., » 2. édit., 1890, II, p. 541.

dell'idrocefalia; ed è perciò che mi piace richiamare su di esso l'attenzione dei lettori.

Ho trattato questo argomento in una comunicazione fatta alla 4.ª riunione della Società di ostetricia italiana tenuta a Napoli nel 1888 (1), dal punto di vista dello sviluppo generale del feto, ritorno ora brevissimamente sulla questione dal punto di vista speciale, l'idrocefalia, senza entrare menomamente in dettagli.

Nessuno metterà più in dubbio l'influenza nociva dell'alcoolismo sullo sviluppo del feto e sulle alterazioni cerebrali. Secondo gli autori le sue conseguenze son costituite da lesioni dei centri nervosi; sicchè il volume generale del cranio è al momento della nascita ora inferiore alla media, ora molto più grande del normale, non per aumento di sostanza cerebrale, ma per idropisia delle cavità ventricolari dell'organo.

Delaye a questo riguardo ha riferito importantissime osservazioni tendenti a dimostrare l'influenza nociva dello stato di ubbriachezza del padre sulle alterazioni di sviluppo della testa fetale, ma tre, le sole che ho potuto consultare, sono concludenti. Messa ad evidenza in tre casi lo stato d'ubbriachezza del padre al momento del concepimento, Delaye assicura che i figli di tali concepimenti sono nati profondamente alterati e la principale alterazione era: *testa voluminosissima,* IDROCEFALIA.

Io stesso ricordo d'avere conosciuto in Sardegna una famiglia composta del padre, madre e due figli; la madre era stata sempre d'eccellente salute, il padre sempre ubbriacone ed i figli, uno di 4 anni e l'altro di 2 1[2, erano idrocefalici ad un grado eccessivo, massime il piccolo.

Io non voglio naturalmente dire con ciò che l'idrocefalia dipende essenzialmente ed esclusivamente dall'alcoolismo, ma esso è un potente fattore. Nè giova dire, per diminuirne l'importanza, che non abbiamo frequenti casi d'idrocefalia in confronto delle frequentissime abitudini alcooliche, essendo oramai fuori d'ogni dubbio, che se questa anomalia è, secondo Charpentier e Merrimann (2), rarissima come entità morbosa congenita, 1 su 900, è, d'altra parte, l'ubbriachezza passeggiera non che

---

(1) LA TORRE. « Dell'influenza dell'eredità morbosa nello sviluppo fetale. » *Gl'Incurabili,* anno IV, Napoli, 1889.

(2) CHARPENTIER. Loco citato, II, p. 541.

l'alcoolismo, acuto e cronico, causa frequentissima d'alienazioni mentali, d'imbecillità, d'idiotismo, d'epilessia, di scrofola, di sordità, ecc., ecc. Può mancare a noi la spiegazione o la conoscenza esatta della patogenesi, perchè spesso si ha atrofia e talora idropisia, ma non mai numerosissimi casi clinici da convincerci su tale punto.

Possiamo dire concludendo che ove mai incontriamo l'idrocefalia e l'alcoolismo, dobbiamo riconoscere esistere in essi uno strettissimo legame di causa ed effetto, più di quanto i moderni autori non vogliono accordare.

Il nostro caso è un esempio brillante.

b) La presentazione fetale dovrebbe essere in caso d'idrocefalia subordinata alla legge elementare d'accomodazione, cioè adattare i diametri ed il volume dell'ovoide fetale ai diametri e capacità dell'ovoide uterino. Quindi, nel nostro caso, l'estremità cefalica avendo un volume 4 o 5 volte maggiore della pelvi, il feto avrebbe dovuto presentarsi per l'estremità podalica, si ebbe invece presentazione di spalla, presentazione non rarissima come vorrebbe Herrgott, che potei fortunatamente trasformare in quella cefalica. Dico, non rarissima, perchè se nei casi di feto ben conformato la presentazione di spalla è di 1 sopra 125, nell'idrocefalia Poullet (1) l'ha trovata 8 volte in 106.

Per questa rara presentazione, nel caso nostro ha dovuto certamente contribuire la speciale condizione d'idropisia in cui l'uovo si trovava.

* * *

Questo gruppo di osservazioni infine ci suggerisce qualche considerazione dal punto di vista della diagnosi delle mostruosità fetali durante la gravidanza.

Prima della metà del secolo nostro gli autori non pensavano punto che l'idramnios è assai sovente associato a sviluppo mostruoso del feto. Non parlo ben inteso degli antichi nella cui mente, favoleggiando sulla creazione, prendevano posto le idee più bizzarre. Allo sviluppo del prodotto del concepimento faceano essi presiedere le divinità più strane e

---

(1) Poullet. « De l'hydrocephalie fétale, etc. » *Th. d'agr.* Paris, 1880, pag. 53.

subordinavanlo ai capricci più stravaganti della natura. È così che è nato nella mente degli scienziati d'allora il Minotauro e da quelle di Mercatus e Roderic-a-Castro i Ciclopi ed i popoli senza bocca che mangiavano e respiravano pel naso, e tante e tante altre concezioni bizzarre.

Stalport-Vauderviel, per es., racconta che una donna partorì una cagna senza pelo ed avvolta nelle sue membrane, sol perchè il brutale marito l'obbligò a lasciarsi abbracciare alla maniera dei cani. Un fatto simile sarebbe avvenuto, secondo Pollini, sotto il pontificato d'Alessandro VI (Borgia).

E come se i letterati ed i filosofi non bastassero per darci questi prodotti straordinari, vi sono anco i medici della più alta rinomanza, che consegnano nelle loro opere fatti veramente puerili: tali quelli che si trovano nel *Trattato dei mostri* di Fortunius Licetus (1); tali quelli di Schurrigius nella sua *Embriologia*, ove registra che la donna può sgravarsi di pesci, di rettili, d'uccelli, di quadrupedi, ecc.

Rivière, il rispettabile membro della Facoltà di Montpellier, dice Capuron (2), non isdegna riferire che una donna per aver mangiato con passione ostriche fu punita della sua ingordigia partorendo un rospo con più di venti zampe!

Non intendo, dunque, parlare qui degli autori dei tempi andati, ma faccio allusione ai trattatisti moderni; e, fra coloro che hanno scritto dal '50 all' '80, solo qualcuno fa menzione e non tutti coloro che ne parlano son persuasi del rapporto di causalità ed effetto che può passare tra una esagerata formazione di liquido amniotico e lo sviluppo del prodotto del concepimento. Così, per es., per citare pochi nomi: Chailly-Honoré, Playfair, Schröder non ne fanno cenno. E mentre Cazeaux (3) dice « che una circostanza rimarchevole segnalata da Bunsen e Kill nel decorso dell'idramnios è uno stato idropico del feto, nel quale si tratta ora di una idrocefalia ora d'una ascite, » Joulin non vi crede. « Si ha voluto fare intervenire, scrive Joulin (4), la cattiva conformazione o uno stato morboso del feto. Per combattere questa opi-

---

(1) Licetus. « De monstris. » Padavii, 1668.

(2) Capuron. « Traité des maladies des femmes. » 1817, pag. 264.

(3) Cazeaux. « Traité théor. et prat. des Accouchem. » 1856, pag. 307.

(4) Joulin. « Traité compl. d'accouchem. » 1867, pag. 801.

nione basta ricordarsi che il liquido è esclusivamente fornito dalla madre. Ciò non di manco può esistere in pari tempo nel feto idropisia ed idrocefalia. »

Questa incertezza nello affermare e questa discrepanza di vedute erano dovute alle incomplete conoscenze sulla etiologia e patogenesi dell'idramnios e dobbiamo giungere fino al 1880-82, dieci anni solamente fa, per vedere un accenno chiaro sul rapporto della idropisia dell'amnios e lo sviluppo mostruoso del feto. E se fu Charpentier (1) uno dei primi che scrisse nella sua Memoria sull'*idramnios acuto* : « I bambini nati da gravidanze complicate d'idramnios presentano soventissimo vizii di conformazione, mostruosità, » si deve principalmente al prof. Calderini (2) un'affermazione clinicamente precisa di tale rapporto. « *Io credo*, scrive il Calderini in un suo lavoro sulla diagnosi delle mostruosità fetali e l'etiologia dell'idramnios, *che si può ammettere l'esistenza probabile d'una di queste mostruosità quando vi è idramnios.* Lo scolo d'una grande quantità di liquido è stato in tali parti notato da parecchi osservatori, ma non è stata segnalata finora l'importanza dell'idramnios per la diagnosi delle mostruosità del feto. » Difatti, coloro che hanno scritto dell'idramnios dal punto di vista clinico, hanno annoverato tutti gli accidenti che possono capitare, sia nel corso della gravidanza come durante il parto e dopo, « ma nessuno di questi autori ha segnalato l'esistenza probabile d'un mostro fetale. » (Calderini).

Da quell'epoca in poi i clinici hanno meglio studiato l'idramnios ed oggi si hanno idee più chiare sull'etiologia di tale stato morboso.

Io credo fermamente che è più giusto concepire che le mostruosità fetali possono essere causa di idramnios, anzichè l'idramnios causa di malformazioni. Questa mia convinzione si poggia su fatti clinici e ricerche sperimentali di cui mi occupo in un lavoro in corso di stampa (3). Dirò pel momento, come punto di partenza delle mie considerazioni, che bisogna distinguere due specie d'idramnios: l'acuto e cronico, e due specie

---

(1) Charpentier. « Hydramnios. » *Arch. de Tocol.*, 1881.

(2) Calderini. « Contributo alla diagnosi delle mostruosità fetali, ecc. » *Arch. de Toc.*, mars 1882, pag. 161.

(3) La Torre. « Un caso d'oligoidramnios, rapporto etiologico tra le mostruosità fetali ed il liquido amniotico. » Comun. fatta alla R. Accad. Med. di Roma nella seduta del 24 febbraio 1892.

di mostruosità: quelle che disturbano sensibilmente la circolazione sanguigna del feto e quelle che non la disturbano punto.

Ritengo intanto d'aver dimostrato in questo lavoro come l'idramnios acuto primitivo degli ultimi mesi della gravidanza non può esser causa di mostruosità fetali, mentre che il cronico si associa spesso con alterazioni teratologiche del prodotto del concepimento. Difatti, benchè noi non sappiamo d'una maniera precisa la vera sorgente del liquido amniotico, pure è oramai generalmente ammesso che può provenire in gran parte dal feto e poco dalla madre e che una delle più possenti cause della sua maggior produzione (polidramnios) sono ostacoli meccanici sopra un punto qualsiasi del feto, del cordone e della placenta che disturbano la circolazione sanguigna, massime la venosa. Or siccome i disturbi circolatori per ostacoli residenti nel feto propriamento detto, e non sui suoi annessi, son dovuti in grandissima parte ad anomalie di sviluppo e quindi venute in campo fin dalle prime settimane del concepimento, il trasudamento patologico che avviene nella vena ombellicale si inizia ed evidentemente si manifesta fin dal principio della gravidanza. Quindi è un idramnios cronico, che può nel prosieguo assumere forme cliniche d'acuzie, quello che si associa a mostruosità fetali. È facile comprendere poi come la produzione di tale idramnios dev'essere in proporzione diretta dell'ostacolo che il circolo sanguigno incontra; cioè quanto più grande è il disturbo tanto più grande dev'essere il trasudamento. Ora, ammettiamo una profonda alterazione nel cervello, come la derencefalia, l'idrocefalia, ecc., o sopra un altro organo del feto, come cuore, fegato, ecc., in cui la circolazione è grandemente disturbata, è facile conchiudere che la conseguenza necessaria dev'essere un maggior trasudamento del liquido amniotico.

È l'alterazione, l'ostacolo quindi pel conseguente disturbo circolatorio, che produce l'idramnios e non viceversa.

Che sia precisamente così troviamo la conferma nel fatto che nelle semplici anomalie teratologiche, come la polidactilia, il labbro leporino, ecc., che non alterano punto la circolazione generale in modo profondo, l'idropisia dell'uovo non è conseguenza necessaria, anzi possono trovarsi in condizioni diametralmente opposte, colla mancanza assoluta cioè di liquido amniotico come nei casi di oligoidramnios (casi di Charpentier, Bar e La Torre).

Partendo da questo principio avvalorato da parecchi fatti clinici e ricerche sperimentali, che è il disturbo circolatorio, dovuto ad ostacolo residente nell'alterazione di uno o più organi, che cagiona l'idropisia dell'amnios per maggiore trasudamento della vena del cordone ombellicale e placenta, non mi pare più ammissibile l'opinione degli autori che l'idramnios possa essere la causa e non l'effetto delle mostruosità fetali.

Risulta da tutto ciò che, ogni volta che si ha un idramnios cronico ed abbondante, la possibilità d'avere un feto mostruoso con profonde alterazioni teratologiche del capo o altri principali organi s'avvicina alla certezza.

Ammesso questo principio, che dimostrerò vero nell'altro mio lavoro, la diagnosi delle mostruosità fetali, di quelle per lo meno che disturbano la circolazione, durante gli ultimi mesi della gravidanza, diviene relativamente facile; ed ecco su che bisogna fondarsi:

1.° Un primo fatto che ci deve far pensare nelle gravidanze semplici alla presenza d'un feto mostruoso, quando è stata eliminata ogni altra causa, parmi debba essere quello dell'idramnios cronico, abbondantissimo. Dico abbondantissimo perchè, non pare dalla mia piccola esperienza che l'idropisia dell'amnios dovuto a sifilide o a gravidanza gemellare possa in generale acquistare un volume sì esageratamente grande.

2.° Accanto all'eccessiva quantità di liquido amniotico a decorso cronico, abbiamo un altro fatto costituito dai movimenti attivi del feto.

Sappiamo tutti in che consistono e come si traducono clinicamente al nostro esame; ora nei casi di mostruosità, sopratutto quando vi sono alterazioni profonde del cervello, questi movimenti non sono normali, ma fugaci ed a tipo caratteristicamente convulsivo.

Nei due casi in cui ho potuto parecchie volte esaminare le donne prima del travaglio, il fatto che maggiormente mi colpì e mi persuase trattarsi d'un feto mostruoso, sono stati precisamente questi movimenti attivi disordinati, fugaci, *guizzanti*, convulsivi, in associazione ad idramnios.

Noi non conosciamo nè punto nè poco la fisiologia del cervello nella vita intrauterina, ma possiamo ben comprendere come in tutti gli stati anormali dello sviluppo cefalico in cui il cervello ed il midollo spinale

mancano o sono rimpiazzati da enormi borse riempite di siero o di sangue, come nell' acefalia, derencefalia, pseudocefalia, ecc., o sono estremamente compressi, come nella microcefalia, nell' idro-rachi-cefalia, ecc. quella tale funzione, qualunque essa sia, che possa essere compìta dai centri nervosi, deve essere naturalmente disturbata. D' onde movimenti non normali.

3.° Accanto a questi segni fisici devono mettersi i risultati dell' interrogatorio della donna, cioè se la madre ha patito emozioni durante il decorso, e meglio, sul principio della gravidanza; se ha riportato traumi sull'addome, se il padre è sano o dedito alle bevande alcooliche, ecc. Investigare, infine, se esistono nelle famiglie antecedenti ereditarii sulle mostruosità.

Con ciò spesso si arriva a formulare una diagnosi.

***

A me parrebbe, se posso esprimermi così, che la diagnosi delle mostruosità fetali durante la gravidanza dovesse farsi come quella della gravidanza doppia. Il Pajot diceva: « Spesso la gravidanza gemellare passa sconosciuta perchè non si sospetta e quindi non si raccolgono tutti i segni. Ebbene, dal momento che un segno fisico o un criterio qualsiasi vi fa sospettare una gestazione doppia, bisogna diagnosticarne l'esistenza o escluderla. »

Lo stesso, a parer mio, deve avvenire delle mostruosità. Tutte le volte che un segno qualsiasi ci fa sospettare un prodotto mostruoso, dobbiamo istituire ricerche estese, praticare esami minuziosi, affine di arrivare a formulare possibilmente una diagnosi di esistenza o no di detti prodotti mostruosi.

LABORATORIO DI PATOLOGIA GENERALE DELL'UNIVERSITÀ DI PARMA
diretto dal Prof. Rattone.

Contributo allo studio dell'istologia normale e patologica delle trombe falloppiane

DEL

Dott. TULLIO FERRARI

già Aiuto nell'Istituto Ostetrico-Ginecologico di Firenze.

Il pezzo anatomico il cui reperto microscopico mi fornì l'occasione della presente pubblicazione, appartiene a certa V. X., d'anni 32, operata di ovaro-salpingectomia per salpingite acuta bilaterale, originatasi dalla diffusione di una infezione blenorragica risiedente sulla mucosa uterina, processo infiammatorio che non volle cedere nè a disinfezioni ripetute del cavo uterino, nè allo stesso raschiamento dell'endometrio, fatto a scopo emostatico e disinfettante. La paziente da tre mesi aveva incominciato a soffrire di abbondanti perdite leucorroiche accompagnate da forti dolori lombo-addominali ed a tenesmo vescicale; queste sofferenze, dopo un leggiero miglioramento ottenuto col trattamento su indicato, al sopraggiungere del primo periodo mestruale si andarono di nuovo accentuando e guadagnarono i lati dell'utero, accompagnandosi talvolta a leggieri rialzi termici serotini. La mestruazione, che era molto più abbondante della norma, si accompagnò a forti dolori lancinanti in corrispondenza delle fosse iliache; questi dolori, sia per la sede sia per i caratteri loro, si potevano benissimo battezzare per coliche tubariche. Ad onta che l'affezione fosse recente, dopo tre mesi di cura continua, vista l'impotenza del trattamento conservativo, dietro istanza stessa della paziente, la quale, non potendo per le gravi sofferenze lasciare per un istante il letto, reclamava un intervento qualsiasi pur di liberarsi dai suoi patimenti, vien praticata l'operazione di Tait.

Ambedue le tube estirpate, grosse quanto il triplo del normale, sono ingrandite tanto per l'aumento di spessore delle loro pareti, quanto per l'aumentata capacità del loro lume, il quale in quella di destra è permeabile in tutta la sua estensione e permette comodamente il passaggio al N. 4 dei dilatatori di Hegar; il lume in quella di sinistra presenta la stessa capacità di quello riscontrato nella tuba di destra per tutta la sua estensione all'infuori che all'estremo addominale, dove per qualche aderenza risiedente all'ingiro delle frangie del padiglione, si mostra alquanto stenotico. Colla pressione si fa fuoruscire dal lume tubarico, in ambe le tube, una tenue quantità di liquido di aspetto muco-purulento. Disgraziatamente ci manca il reperto batteriologico e microscopico sia di questo liquido, sia del prodotto del raschiamento dell'utero fatto due mesi prima dell'operazione di Tait.

Come pietra di paragone per giudicare delle alterazioni istologiche della tuba che prendo in esame, mi riporto alla chiara ed esatta descrizione che premette Orthmann (1) nel suo lavoro, per quanto si riferisce all'istologia normale delle tube.

Farò cenno dapprima di certe particolarità di struttura normale non ancora descritte dagli autori che si occuparono di questo argomento, aggiungerò in seguito la descrizione di quelle alterazioni istologiche che sono da riferirsi al processo morboso dal quale l'organo mostrasi affetto. Allo scopo di esattamente precisare l'osservazione, dirò, che la parte di tuba oggetto di esame, corrisponde circa al tratto mediano di essa. Il pezzo conservato nell'alcool, venne incluso in paraffina e le sezioni ottenute vennero con vari adatti metodi colorate.

§ I.

Il primo fatto che colpisce l'attenzione di chi osserva il preparato, è la presenza di certe cavità le quali sono situate nello spessore dello strato muscolare interno della tuba. Queste cavità che, varie in numero,

---

(1) ORTHMANN. « Beiträge zur normalen Histologie und zur Pathologie der Tuben. » *Virchow's Archiv*, S. 165, 1887.

ho trovato in tutte le numerose sezioni che ho passate in esame, sono rivestite da epitelio cilindrico semplice. Diversa è la profondità alla quale esse si trovano rispetto al lume tubarico; in genere si può dire che non sorpassano mai, verso l'esterno, i confini dello strato muscolare circolare, e verso l'interno sono riuscito in certe sezioni a trovare il loro punto di comunicazione col lume del condotto. Ove si ha questa comunicazione essa si fa a pieno canale. Le cavità in discorso non sono sempre uniche, ma spesso riunite in gruppi di due o tre; mai non le vidi direttamente in contatto l'una coll'altra, ma separate anche da un solo ordine di fibre muscolari liscie (Fig. I). L'ampiezza loro varia tra un limite massimo di mill. 1,040 μ. ed uno minimo di mill. 0,104 μ.; la lunghezza, calcolata misurando in linea retta la distanza che intercede fra il loro punto più profondo ed il lume tubarico, è di mill. 1,100 μ. Ordinariamente il lume di queste cavità ha una forma ovale con massimo diametro parallelo al decorso delle fibre dello strato muscolare in cui sono contenute, e non contiene nel suo interno altro elemento all'infuori delle cellule epiteliali cilindriche di rivestimento. Queste cellule poggiano su di uno straterello di cellule endoteliali fortemente appiattite che ne costituisce la membrana di sostegno.

Fin dal 1862 Hennig (1) descrisse nella tuba falloppiana della donna delle cavità che egli chiamò cisti ghiandolari, riputando che si originassero da vere ghiandole; dalla descrizione che ne dà l'autore si capisce però che le cavità da lui descritte sono completamente formazioni morbose e non hanno valore alcuno come reperto anatomico normale; infatti Henle (2), Martin (3), Orthmann (4), Veit (5) e Frommel (6) negarono in seguito il valore assegnato da Hennig a tali formazioni e di esse non si tenne più parola, fino al 1887, epoca in cui Colucci (7) al congresso

---

(1) Hennig. « Die Cysten des menschlichen Eileiters. » *Archiv. d. Heilkunde,* 1863, 251-263. *Centralblat für die medicinischen Wissenschaften,* N. 1, anno 1863, pag. 398.

(2) Henle. « Manuale di anatomia umana. » Brunsvich, 1874, 2.ª ediz., p. 493.

(3) Martin. « Gesellsch. f. Geburt. und Gynaek. zu Berlin. » *Centr. f. Gynaek.,* 1886, S. 347.

(4) Orthmann, loco citato.

(5) Veit. Citato da Martin eod. loco.

(6) Frommel. « Beiträg zur Histologie der Eileiter. » Erste Versamml. der deutschen Gesellsch. für Gynaek. in München 17, 19 juin 1886. *Centr. f. Gynaek.,* 1886, S. 441.

(7) Colucci. Da comunicazione diretta dell'autore.

Medico di Pavia, dimostrò dei preparati in cui esistevano certe cavità ghiandolari nelle tube falloppiane normali della cagna e della gatta.

Passando dal campo normale al patologico, vennero descritte da Cornil (1), da Orthmann (2), da Landau (3), da Ballantyne e Williams (4), certe cavità nello spessore della mucosa, talora tappezzate, talora sprovviste di epitelio, le quali vennero di comune accordo spiegate, ammettendo che in seguito alla caduta dell'epitelio in certi punti, le pieghe contigue abbiano potuto saldarsi parzialmente e dar così luogo alla formazione di vere cavità in quella parte della mucosa che sta all'infuori del punto di saldatura. L'Orthmann, che ha descritte bene queste cavità, a proposito di esse si esprime nel modo seguente:

« Le pieghe normali della tonaca mucosa, vengono per tal modo (adesione reciproca (*)) trasformate in cavità chiuse rivestite da epitelio vibratile; queste poi alla loro volta mediante fusione secondarie possono essere divise in una quantità di piccole cavità, nell'interno delle quali si trovano normalmente dei coagoli di fibrina, dei globuli bianchi del sangue e delle cellule epiteliali in via di degenerazione.

« Il destino di queste cosidette cavità, che in ogni caso non meritano da principio tale denominazione, ma piuttosto rappresentano soltanto sezioni trasversali di più o meno lunghi canali che corrono per lo più paralleli al lume tubarico e con esse comunicano, può essere duplice: o esse vengono sempre più compresse dalla crescente infiltratrazione circostante e così a poco a poco obliterate, o si isolano completamente (dal lume tubarico (*)) e si trasformano in vere cavità cistiche, le quali per effetto della secrezione che per lo più si raduna nel loro interno, si estendono notevolmente e possono anche distendersi nello strato muscolare; un esempio assai caratteristico lo offre l'osservazione IX (Figura 6). »

---

(1) Cornil. « Des métrites, des salpingites et des cancers de l'utérus. » Paris, 1889.

(2) Orthmann, loco citato.

(3) Landau. « Anatomie pathologique de la trompe par L. et. Rheinstein. » *Arch. f. Gyn.*, xxxix, 2.

(4) Ballantyne e Williams. « Histologie et pathologie des trompes de Fallope. » *Brit. Med. Journal*, 1890, 17 janv.

(*) I due incisi da me aggiunti per dar maggior chiarezza alla traduzione, traspariscono chiaramente dal senso del periodo precedente del testo, che io per amore di brevità non ho riportato.

In modo quasi analogo si esprimono tutti gli altri autori che hanno avuto occasione di osservare e di parlare di un tale reperto, il quale per vero dire ha una spiegazione più che sufficiente in questa assegnatagli ed universalmente accettata. Chiari (1) e Schauta (2) descrissero in quella porzione di tuba che è situata nello spessore della parete uterina (porzione interstiziale), delle altre cavità per le quali ammisero un'altra spiegazione. Ecco come si esprime a questo proposito Schauta: « Si trovano nello spessore dello strato muscolare delle piccole cavità, del volume di una lenticchia, che presentano un rivestimento mucoso identico a quello del canale della tromba, e sono formate dalle pieghe della mucosa. Non si tratta quindi di un tumore ma di una iperplasia infiammatoria. Il canale tubarico è più sovente ristretto, qualche volta dilatato per la suppurazione e la distruzione della mucosa. Questi nodi son dovuti alla propagazione dell'infiammazione dell'utero a la tromba. Queste cavità si formano in corrispondenza dell'istmo perchè questo è il punto più ristretto del condotto. Il lume del canale non può contenere la mucosa ipertrofica; questa respinge lo strato muscolare che si ipertrofizza a sua volta. »

Quantunque razionali, queste spiegazioni non le possiamo accettare per spiegare la formazione delle cavità da noi descritte e ciò per le seguenti ragioni:

1.° Perchè stante l'ampiezza del lume tubarico, la sua pervietà e la scarsità del liquido in esso trattenuto, manca nella tuba di cui noi diamo il reperto, la condizione ammessa da Orthmann e da Schauta perchè si possa credere che queste cavità siano state spinte verso lo strato muscolare tubarico dall'aumentata pressione interna.

2.° Lo stato ipertrofico delle fibre muscolari che circondano queste cavità, ci fa escludere che esse abbiano subìta una gran pressione, sapendosi che l'atrofia loro è una conseguenza immancabile di questi aumenti di pressione.

Certo che nessuno mai vorrà mettere quelle altre piccole cavità che si trovano nello spessore della mucosa e delle quali in seguito faccio

---

(1) Chiari. Citato da Delbet. « Suppurations pelviennes, » p. 69.

(2) Schauta. *Archiv f. Gynaek.*, 1882, vol. 33, S. 26.

cenno, nella stessa categoria di quelle da noi prima descritte, sostengo che esse vi si trovano contemporaneamente per una pura coincidenza e ciò per le seguenti ragioni:

a) Per la mancanza assoluta in qualunque sezione presa in esame di un punto che accenni che qualcuna di queste cavità follicolari della mucosa tenda ad infossarsi nello strato muscolare.

b) Per la presenza costante di uno strato connettivale più o meno spesso tra le cavità follicolari della mucosa e lo strato muscolare interno della tuba; questo strato connettivale manca intorno alle cavità intramuscolari.

c) Per la forma costantemente diversa che assumono le cavità nei due strati della parete tubarica; infatti mentre quelle contenute nello spessore della mucosa hanno sempre l'aspetto di vere cavità chiuse, quelle contenute nello strato muscolare svelano costantemente una disposizione a condotto. Questa disposizione a condotto la possiamo affermare con sicurezza dal fatto, di aver sempre osservata una comunicazione a pieno canale delle cavità intramuscolari col lume tubarico, in quei punti in cui esse si mettono in comunicazione colla mucosa.

d) Per la mancanza d'infiltrazione parvi-cellulare o di altra lesione intorno alle cavità intra-muscolari, le quali, se fossero il prodotto di un infossamento infiammatorio della mucosa, si troverebbero circondate da cellule rotonde, per l'infiltrazione costantemente abbondante in corrispondenza del connettivo sotto-mucoso e nel connettivo delle villosità di neoformazione. Questa opinione avrebbe appoggio nel fatto già constatato da Delbet (1), Orthmann (2) e Lucas-Championnière (3), i quali anche in casi di quasi completa distruzione del tessuto muscolare, trovarono conservato e talvolta accresciuto lo spessore della parete per un'abbondante neo-formazione connettivale. Questo strato di connettivo, secondo quello che asserisce Orthmann, si troverebbe costantemente intorno alle cavità follicolari da lui descritte, resistendo esse alla pressione molto più che gli elementi muscolari. Malgrado il notevole infossamento delle cavità

---

(1) DELBET. « Suppurations pelviennes chez la femme. » Paris, 1891.

(2) ORTHMANN, loco citato.

(3) L. CHAMPIONNIÈRE. Pezzo presentato alla Società anatomica di Parigi. (V. CORNIL. « Métrites, salpingites, etc. » pag. 116.

da noi descritte, non troviamo intorno ad esso nè la distruzione degli elementi muscolari, nè la presenza di connettivo, ma soltanto uno strato di cellule endoteliali, quale si riscontra normalmente come membrana di sostegno degli elementi epiteliali, tanto nelle ghiandole uterine, quanto nella stessa mucosa tubarica nei casi ordinarii.

L'aver constatato prima di sezionare il pezzo la rettilineità del lume tubarico nel tratto dal quale sono state prese le sezioni, e l'aver inoltre riscontrato di queste cavità intramuscolari contemporaneamente nello stesso preparato, in punti che rispetto al lume tubarico sono diametralmente opposti (come più sopra ho fatto osservare), ci fa finalmente escludere che esse possano risultare dall'aver preso nella stessa sezione due volte il lume tubarico, fatto che avrebbe potuto benissimo accadere se la tuba fosse stata piegata ad angolo acuto nel punto sezionato.

Per queste ragioni adunque noi ci troviamo autorizzati a sostenere che le cavità intramuscolari da noi descritte:

a) rappresentano un reperto affatto nuovo,

b) che per esse non è applicabile nessuna delle ingegnose spiegazioni escogitate dai varii osservatori che io ho enumerato,

c) che esse non hanno rapporto eziologico alcuno col processo morboso che riscontrasi nella stessa tuba e che io descrivo nel successivo paragrafo.

§ II.

Riguardo al reperto anatomo-patologico dirò che il lume del condotto si presenta notevolmente dilatato, ma conserva la sua forma normale. Mentre nei casi ordinarii esso permette il passaggio solo ad una grossa setola di maiale, nel caso nostro presenta un diametro di quasi mezzo centimetro. In causa appunto di questa dilatazione del lume tubarico, le pieghe della mucosa relativamente ad esso figurano atrofiche, quantunque siano realmente inspessite; così che mentre esse nei casi normali occupano quasi tutto il lume tubarico, divise l'una dall'altra da piccole fenditure, le quali si dipartono a guisa di raggi da un punto centrale più dilatato (lume vero), nel caso nostro lo spazio che rimane vuoto rappresenta la massima parte.

Esaminando più da vicino la mucosa tubarica, vediamo che il processo morboso ha indotto in essa le seguenti alterazioni:

a) Le cellule dell' epitelio di rivestimento, anzichè formare uno strato semplice di elementi cilindrici, hanno assunto aspetto vario a seconda del punto del preparato preso in esame; in certi punti esse hanno una forma molto allungata, in certi altri esse si mostrano molto rigonfie, a forma ovale, con piccole granulazioni centrali, colpite da degenerazione mucosa.

b) La membrana di sostegno, riconoscibile per la massima parte in quei punti in cui l' epitelio della mucosa persiste e non è molto alterato, si può dire che subisca quasi sempre le stesse sorti di questo; poichè in pochissimi di quei punti in cui le cellule cilindriche sono cadute, si riesce ancora a trovar traccia delle cellule endoteliali che compongono una tale membrana.

c) Come ho già accennato, esistono nello spessore della mucosa molte cavità le quali talvolta sono provviste, tal altra sprovviste di epitelio; per queste cavità vale la spiegazione data già loro da varii autori e che è bene compendiata in quel brano dell'Orthmann da me riportato: non mancano infatti nel nostro pezzo in esame le condizioni favorevoli perchè possa avvenire il coalito fra due pieghe contigue, essendo esse in molti punti a contatto e sprovviste di epitelio.

d) Sempre nello spessore della mucosa esistono delle escavazioni foggiate a condotto e tappezzate da cellule endoteliali; queste escavazioni per la sottigliezza delle loro pareti, per il lume loro ragguardevole, per il contenuto di cellule rotondeggianti, per il loro prolungarsi fino nello spessore dello strato muscolare, credo rappresentino vasi linfatici. Consultati parecchi trattati di anatomia a proposito dei linfatici della mucosa tubarica, non vi ho potuto trovare nulla di concreto; la maggior parte degli autori arrivati a questo punto della loro descrizione, confessano che attualmente ancora poco si sa in proposito. Orthmann nel 1887 ha richiamata l' attenzione su certe piccole cavità foggiate a condotto, le quali esistono spesso nel centro delle pieghe della mucosa tubarica normale, col massimo diametro disposto parallelamente all'asse longitudinale di queste; questo autore non si pronunciò decisamente sul significato di queste cavità, solo mostrò di propendere per ritenerle cavità linfatiche.

Questa osservazione ho potuto farla anch'io, oltre che nel caso presente, in molti preparati di tube di donna normali, preparati che per buona parte conservo ancora.

e) Osservasi finalmente esaminando la mucosa, una costante e notevole infiltrazione parvi-cellulare del connettivo di sostegno delle sue pieghe; ove questa infiltrazione raggiunge il suo massimo, l'epitelio di rivestimento è caduto e con esso pure la membrana di sostegno; in genere si può dire che il grado dell'alterazione dell'epitelio, è in ragione diretta del grado dell'infiltrazione parvi-cellulare sottostante. Le pieghe mucose ove l'infiltrazione è massima sono ridotte ad ammassi di cellule rotonde, il cui insieme se ancora ricorda la forma di una piega della mucosa, non è però in essi più riconoscibile alcun dettaglio di struttura.

Nello strato muscolare pure riscontrasi l'infiltrazione parvi-cellulare, anzi in esso questa assume un duplice aspetto, la forma a focolai e quella disseminata; quest'ultima forma si appalesa nel preparato colla presenza di qualche cellula rotonda sparsa qua e là fra i fasci muscolari; la forma a focolai consiste invece nella formazione di veri ammassi di cellule rotonde, i quali assumono quasi sempre forma circolare e sembrano corrispondere a vasi venosi. Un fatto perfettamente uguale è descritto nell'osservazione III ed VIII riportate da Orthmann (1).

Le fibre muscolari in certi punti si mostrano ipertrofiche, in altri assai circoscritti se ne osserva qualcuna in via di disgregazione. Riguardo a questa ipertrofia dello strato muscolare, la quale, descritta per la prima volta da Kaltenbach (2), venne constatata in seguito da molti altri osservatori, quali Veit, Martin, Leopold, ecc., devo dire che nel caso nostro non è accettabile la spiegazione datale dal suo scopritore (ipertrofia da lavoro), perchè fanno in esso completamente difetto tutte quelle condizioni, esistenti le quali, si può reputar logico l'ammettere un tal elemento causale. Casi nei quali, pur mancando l'eccessivo lavoro, esisteva un certo grado di ipertrofia degli strati muscolari, oltre al presente furono da altri e da me più volte riscontrati. Per questi, ed anzi secondo me per tutti i casi in genere, credo sarebbe molto più lo-

---

(1) ORTHMANN, loco citato.

(2) KALTENBACH. *Centr. f. Gynaek.*, 1885, N. 43 et *Berlin Klinisch.*

gico l'ammettere che il fattore principale di quella tale ipertrofia sia il modo speciale col quale l'ovidotto reagisce a certi stimoli; questo modo di reagire, secondo quello che l'esame dei fatti ci lascia pensare, avrebbe molti punti di contatto con quanto avviene nell'utero in determinate contingenze. Riscontrasi infatti ipertrofia, quantunque in grado diverso, nell'utero e nella tuba in principio di gravidanza, quando il lavoro non ha ancora avuto luogo per parte degli elementi muscolari; riscontrasi ipertrofia nel primo stadio di certi processi infiammatorii quando il connettivo neoformato non ha ancora prodotto per compressione l'atrofia delle fibro-cellule muscolari (caso nostro); può prodursi in genere ipertrofia richiamando alla parte maggior quantità di sangue con certi stimoli (pessarii intra-uterini (1) ed altri mezzi da me ancora in via di esperimento).

Procedendo nell'esame delle sezioni patologiche della tuba che fino ad ora ci ha occupati, troviamo in quella parte di essa che guarda il legamento largo, una notevole quantità di vasi i quali mostrano in certi punti evidenti le note dell' endo-arterite obliterante. Non so se questa alterazione vasale sia da mettersi in rapporto col processo patologico, avendola trovata tanto io, quanto altri (2) molte volte in tube ed ovaie normali, di donne in perfetta attività sessuale.

Quantunque la lesione fosse recente, l'esame delle sezioni colorate col metodo di Gram, non riuscì a farmi scoprire dei micro-organismi; trovai invece, specialmente nello spessore dello strato muscolare esterno, sparsi qua e là, dei piccoli ammassi di pigmento sanguigno, i quali stanno ad attestare pregresse emorragie miliari intra-parietali. Queste emorragie miliari intra-parietali furono già da Orthmann riscontrate e descritte in casi di salpingiti interstiziali acute, i quali per il reperto microscopico-patologico si possono identificare con quello che noi abbiamo ora descritto.

Volendo ora riassumere in poche parole ciò che riguarda le alterazioni patologiche descritte, dirò trattarsi nel caso nostro di una « sal-

---

(1) Martin. « Traité clinique des maladies des femmes. » Paris, 1889, pag. 82.

(2) Paladino. « Ulteriori ricerche sulla distruzione e sul rinnovamento continuo del parenchima ovarico dei mammiferi. » Napoli, 1887, pag. 189.

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS OF ENGLAND
26 OCT 92
LIBRARY

Dott. T. Ferrari. - **Contributo allo studio dell'istologia normale e patologica delle trombe falloppiane.**

(Fototipia di M. Bassani — Milano).

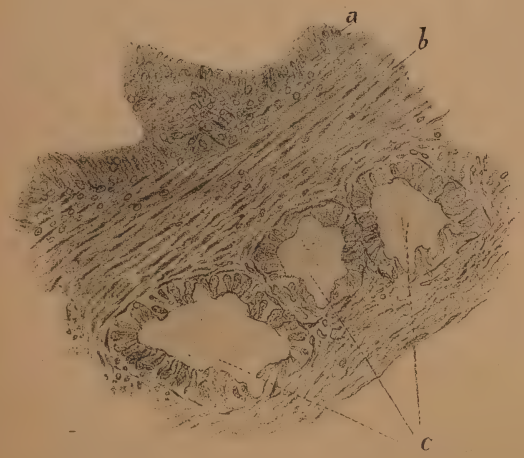


Tavola I.

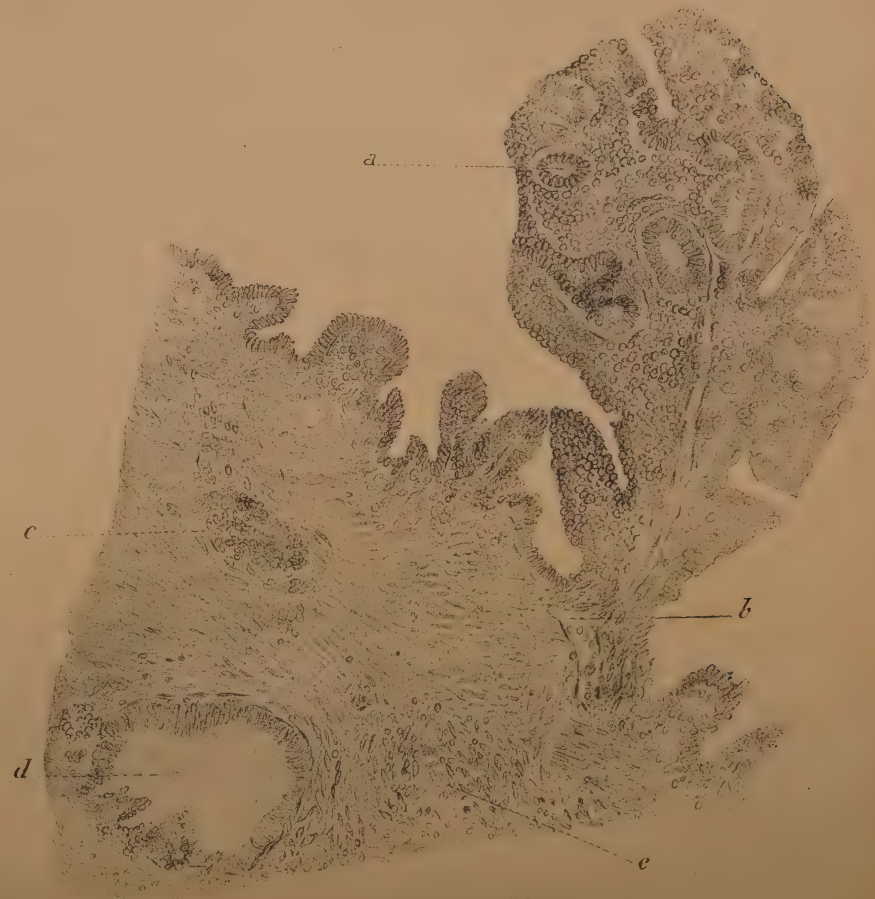


Tavola II.

pingite interstiziale e catarrale acuta con formazione di cavità follicolari nello spessore della mucosa » (*salpingitis interstitialis et follicolaris*).

Per ciò che spetta il significato anatomico delle cavità a sviluppo intramuscolare da me per la prima volta descritte, l'interpretazione secondo me la più confaciente, sarebbe di considerarle come diverticoli dell'ovidotto, a somiglianza dei diverticoli dell'esofago e di altri condotti dell'economia umana.

Chiudo questo scritto esprimendo la mia riconoscenza verso il professor Rattone per la buona accoglienza fattami nel laboratorio da lui diretto e ringraziandolo per il valido aiuto prestatomi nelle varie ricerche che vi sono andato facendo.

Parma, 16 giugno 1892.

SPIEGAZIONE DELLE FIGURE.

Tavola I.

Tratto di parete tubarica contenente tre cavità intramuscolari ravvicinate fra di loro e divise soltanto da uno strato di cellule endoteliali fortemente appiattite. Oculare 1. Obbiettivo D 0,18. Tubo chiuso. Foglio all'altezza del tavolino. Camera chiara. Microscopio Zeiss.

a) Mucosa tubarica; in un punto l'epitelio di essa è completamente sostituito da cellule rotonde.

b) Strato muscolare circolare infiltrato qua e là da qualche cellula rotonda.

c) Cavità intramuscolari rivestite da epitelio cilindrico quasi normale colla relativa membrana di sostegno.

Tavola II.

Festone della mucosa tubarica contenente parecchie cavità follicolari e parete tubarica contenente una cavità a sviluppo intramuscolare. Della cavità a sviluppo intramuscolare si vede qualche traccia anche del suo decorso avendone il taglio del microtomo sfiorata la parete in un punto che corrisponde alla metà circa della sua distanza col lume tubarico. Oculare 3. Obbiettivo 4. Foglio all'altezza del tavolino. Altezza del tubo 160 mm. Camera chiara. Microscopio Koristka.

a) Cavità follicolari della mucosa delle quali taluna provvista di epitelio e della membrana di sostegno, tal'altra no.

b) Cavità linfatica che si prolunga in alto verso il centro del festone, in basso nello spessore dello strato muscolare.

c) Punto in cui il taglio del microtomo ha sfiorato la parete della cavità a sviluppo intramuscolare lungo il suo tragitto.

d) Cavità a sviluppo intramuscolare rivestita da epitelio cilindrico; verso il lato sinistro della parete di questa cavità (per la sua speciale direzione caduto quasi longitudinalmente sotto il taglio del microtomo), le cellule epiteliali di rivestimento si vedono in sezione trasversale.

Sopra una nuova modificazione delle applicazioni del forcipe Tarnier nello scavo

PEL

Dott. LEONARDO GIGLI

Sono quasi sei anni che il forcipe del prof. Tarnier ha subìto una importante modificazione nella sua struttura. L'apparecchio di trazione è stato arricchito di un nuovo giuoco di articolazione, « manche brisé. » In questi ultimi giorni si sta modificando, specialmente nella Clinica dello stesso prof. Tarnier, la tecnica operativa.

Queste modificazioni, che io descriverò brevemente, ricordando i fatti clinici, dai quali sono state occasionate, mi sembrano così importanti da farne tema di corrispondenza.

Nel lungo giro di anni che va dal 1877 all'anno presente, il forcipe Tarnier ha cambiato più volte di modello. Si tratta il più delle volte di semplici varianti di dimensione. Le modificazioni più importanti sono certamente la soppressione della curva perineale, della quale erano forniti i manici nel primo modello e l'aggiunta di questa nuova articolazione, di cui fra breve vedremo lo scopo.

Il Tarnier soppresse la curva perineale nei manici, perchè venne trovata incomoda e superflua. Il prof. Budin trova che questa soppressione non è del tutto giustificata: la curva perineale dei manici, per questo distinto ed erudito ostetrico, non era superflua, essa dava una idea chiara della posizione che avevano le cucchiaie ed era guida utilissima quando si doveva compiere col forcipe la rotazione interna della testa. La curva perineale dell'apparecchio di trazione restò presso a poco nella forma e nelle proporzioni del primo forcipe Tarnier. Essa era completamente opposta alla curva pelvica delle cucchiaie e dimostrava, che il forcipe traente sull'asse, come lo si disse in seguito, era

fatto per essere applicato, allo stretto superiore e alla parte alta dello scavo, sugli estremi del diametro trasverso. Unica posizione per quel forcipe, nella quale fosse possibile di raggiungere, od avvicinarsi grandemente, allo scopo di fare agire cioè la potenza nel senso dell'asse superiore della pelvi.

Ma questo ideale, come tutti gli ideali medici, doveva urtare con le dure difficoltà della pratica.

Le applicazioni dirette per la madre col forcipe Tarnier non danno la presa solida, a meno non si tratti di O. S. O. P., quindi avviene che qualche volta lasciano la presa (dérapent). Questo difetto, che è grave col forcipe ordinario, col quale la mano intelligente dell'ostetrico può facilmente avvertire il pericolo ed evitarlo, o con una pressione maggiore sopra i manici o con un adattamento migliore delle cucchiaie, questo difetto, dico, è più grave col forcipe ad aste traenti, perchè con questo le sensazioni, essendo meno dirette, sono più difficilmente percepite. Il professor Pinard in una delle lezioni cliniche di quest'anno ha detto: « Se vi ha un difetto del forcipe Tarnier è questo, che lascia la presa quando non sia applicato da un parietale a l'altro. » Si trattava appunto in quella lezione di un'applicazione di forcipe allo stretto superiore, in una donna con pelvi ristretta e che poi fu operata di sinfisiotomia. La applicazione fu fatta dal prof. Focher di Lione, era classicamente diretta per la madre ed il forcipe lasciò la presa.

Non parlerò delle cause di questa poca solidità di presa; cattiva posizione delle cucchiaie, che si adattano, nella maggior parte di queste applicazioni alte, per la posizione trasversale della testa sul diametro longitudinale, sull'occipite e sulla fronte; la testa poi si accomoda nelle cucchiaie e tende a sostituire un diametro minore, riduzione di questo diametro nella trazione e non proporzionato avvicinamento dei manici, come avviene col forcipe ordinario, facilità quindi, che nelle trazioni, la testa vinca la elasticità delle branche del forcipe e sfugga alla presa.

La forma poi delle cucchiaie, non era la più favorevole per una solida presa obliqua del feto. Pajot l'aveva notato; è un ritornare all'antico, egli dice, ed un voler rinunziare ai vantaggi della teoria del cuneo. I modelli più recenti del forcipe Tarnier hanno delle cucchiaie migliori. Fu appunto questa poca sicurezza della presa la causa della poco benevola accoglienza, che Depaul fece al nuovo forcipe, ed è stata la causa princi-

pale del cambiamento di tecnica. A questa però si aggiungono altre ragioni. Le esperienze di Baudelocque, di Pétrequin e del Delore avevano già fatto pensare, che la presa del forcipe sopra i diametri longitudinali non fosse la più favorevole per far superare alla testa le difficoltà dello stretto superiore. Si è detto la compressione dei diametri longitudinali porta l'allungamento dei diametri trasversi. La questione è lungi dall'esser definitivamente risoluta anche ai nostri giorni, per quanto alle esperienze ormai antiche, si sieno aggiunte esperienze nuove e ben condotte, come quelle del Budin, del Ribémont e di altri. Ma ad esperienze si possono contrapporre esperienze e certo non sono da trascurarsi quelle di Cohnstein in Germania e del Milne Murray di Edimburgo, secondo i quali si sarebbero ottenuti risultati ben diversi. Pel primo questo aumento non avverrebbe nell'80 0[0 dei casi, pel secondo non avverrebbe mai, per quanto questo secondo esercitasse pressioni col cefalotribo, quindi esercitasse pressioni più forti che non col forcipe ordinario. È giusto quindi, come notava in quest'anno il prof. Tarnier, che le esperienze vengano rifatte con materiale maggiore, con nuovi mezzi e nuovi criteri. Non è giusto considerare la testa del feto, come un ovoide elastico omogeneo, la testa fortunatamente è formata di parti, di ossa che possano soprammettersi, accavallarsi e dare così una riduzione su tutti i diametri.

Però è razionale supporre che vi sieno dei casi, nei quali, ad onta di questo accavallamento delle ossa, i diametri trasversi della testa aumentino, e quindi una compressione su questi diametri è più vantaggiosa che su i diametri opposti, in special modo quando si tratti di bacini semplicemente piatti. Vista la insufficienza della presa, gli svantaggi e la possibilità di una presa diversa, era naturale si venisse ad un cambiamento di tecnica. Alla regola classica che non permetteva allo stretto superiore che applicazioni dirette per la madre, si è sostituita la regola delle applicazioni dirette pel feto. Questa regola non è ancora accettata da tutti qui a Parigi, il Budin ed i suoi allievi allo stretto superiore non fanno applicazioni assolutamente dirette per la madre o pel feto, ma oblique e per l'uno e per l'altro. In queste applicazioni oblique alte si capisce bene, come l'apparecchio di trazione antico non agisse correttamente come il Tarnier l'aveva immaginato. La potenza non può agire secondo l'asse del bacino, ecco perchè l'apparecchio di trazione

fu fornito dal Tarnier stesso di una nuova articolazione all'apice della curva perineale, in modo che l'angolo formato da questa curva possa guardare sempre in qualunque applicazione completamente indietro nel piano sagittale della pelvi.

La curva pelvica delle branche, che nel forcipe del Tarnier è anche poco accentuata, serve a facilitare l'introduzione delle branche con quelle manovre, che sono omai conosciute. Sono sempre possibili queste applicazioni? Secondo le diverse scuole sono diversi i giudizi. Budin le dice dolorose per le donne e non sempre innocue. Io solo noto il fatto che qui a Parigi si fanno e che vengono insegnate nella clinica del prof. Tarnier. Ed è così diffusa l'indicazione allo stretto superiore, che non si trova fra le condizioni fondamentali, fra le permittenti il forcipe, l'impegno della testa.

Precetto sul quale io ricordo di aver sentito tante volte insistere il mio maestro prof. Chiara, il quale soleva dire, l'applicazione del forcipe a testa mobile allo stretto superiore è una operazionaccia e soleva consigliare i giovani a non intervenire col forcipe, che quando la testa si era, per così dire, modellata e fissata allo stretto superiore. Io non voglio discutere qui i vantaggi tecnici di una versione sulle applicazioni di forcipe in queste condizioni, nè sopra l'opportunità e l'innocuità in tutti i casi di certe manovre consigliate nella clinica del Pinard, per far flettere la testa nell'applicazione del forcipe allo stretto superiore, mi porterebbero certe considerazioni troppo in lungo ed io voglio vedere, per quanto posso, di restare nei limiti di una corrispondenza. Francamente per quello che ho sentito, che ho letto, che ho veduto, nonostante questa nuova articolazione del forcipe, non ostante la tecnica nuova, le applicazioni a testa mobile allo stretto superiore ed anche sullo stretto superiore non sono molto facilitate e restano sempre veri *tours de force*.

Le modificazioni tecniche più importanti sono relative alle applicazioni nello scavo. E qui posso dire che ho osservato nella clinica del prof. Tarnier dei fatti, che mi erano completamente nuovi e che sono di grande importanza. Fino dai tempi della vecchia scuola francese si preferivano nello scavo le applicazioni dirette pel feto. Era questa, forse, una necessità dovuta alla forma del forcipe Levret e più specialmente delle cucchiaie. Per convincersene basta applicare uno di quei grossi forcipi con le cucchiaie ad U sulla testa di un feto o sul manichino

per vedere come malamente l'afferrano, a meno di non afferrarla da un parietale all'altro.

In ogni altra posizione sporgono più o meno dai limiti della testa, e sono di un pericolo continuo per le parti molli materne, specie nelle manovre di rotazione. È questa per me la ragione prima che deve aver fatto abbracciare alla scuola francese una tecnica più difficile, perchè più complicata, e mi si permetta di dire, meno efficace. Si deve cercare per quanto si può di disporre le cucchiaie secondo il grande diametro della testa; il mento occipitale, l' orecchio del feto, il cui padiglione è di grande guida nei casi in cui resta difficile la diagnosi di posizione, deve restare al disotto delle cucchiaia od un poco all'indietro.

Questo è il solito ideale, la testa non offre sempre però le condizioni più vantaggiose per raggiungerlo. Disgraziatamente la natura non è legata nel parto ad un tipo unico, entro le leggi fondamentali meccaniche gode della più ampia libertà. Fra la discesa della testa flessa ed estesa, fra le presentazioni di vertice e di faccia nelle presentazioni della testa si trovano delle gradazioni delle varianti che difficilmente possono abbracciarsi in una formula unica. Il meccanismo del parto normale nei sei tempi si osserva generalmente nei casi, nei quali l'ostetrico può far la parte di semplice spettatore. Nei casi nei quali un qualche momento meccanico richiede nell'interesse della madre o del feto o di ambedue, questo intervento, nella maggior parte dei casi, la natura non ha seguìto la solita via.

Come la testa può scendere al piano sacro-perineale in una semiestensione e dar luogo alla presentazione del fronte, innalzandola con la scuola del Chiara alla dignità di presentazione, così il vertice può scendere in una semiflessione, ed aversi, mi si permetta dirlo, una presentazione del bregma, che può al piano sacro-perineale o trasformarsi in vertice o conservando la sua posizione disimpegnarsi nel modo delle posteriori permanenti con la rotazione sacrale. La fronte sta alla faccia come il bregma sta all' occipite. Queste trasformazioni non avvengono indifferentemente, ma sono dovute a condizioni meccaniche particolari non ancora bene studiate.

L'importanza di questi fatti era conosciuta fino dagli antichi ostetrici. E Levret nelle posizioni posteriori del vertice consigliava di far pressione sul bregma per farlo risalire e facilitare la rotazione in avanti

dell' occipite. Lo Schröder ha formulato, come legge generale, che nel parto la porzione fetale più bassa viene in avanti, cercando di spiegare con una formula importante e semplice il fenomeno complesso della rotazione interna. Qualunque sia la interpretazione è clinicamente stabilito che il movimento di rotazione della testa nel suo asse trasverso e che costituisce col meccanismo ordinario il primo tempo può avvenire ad una altezza più o meno grande delle pelvi, il più delle volte sul piano perineale stesso. Ed è di un'importanza capitale perchè il terzo movimento di rotazione interna nelle presentazioni del vertice si compie in un senso piuttosto che in un altro o non si compie senza l'aiuto dell'arte. Quando la testa non è completamente flessa è in alcuni casi impossibile di adattare il forcipe del Tarnier in modo che la trazione si faccia sulla testa nel punto che percorrerà l' asse del distretto inferiore. Questa trazione invece di esercitarsi sull'occipite e riportarlo in basso si esercita sul bregma. Nelle trazioni si mantiene e si tende anzi ad esagerare il difetto di flessione. La testa non discende, si cerca allora di rotarla, credendo di aver raggiunto il limite della discesa e la testa oppone una grande resistenza alla rotazione.

Il movimento di rotazione deve essere eseguito facendo largamente giuocare i manici per ottenere un minimo spostamento delle cucchiaia. Quindi nel caso particolare il movimento che si imprime alle cucchiaia tende piuttosto a far estendere la testa. Queste difficoltà sono evitate nelle applicazioni sempre dirette per la madre. Così si solevano fare nella clinica del prof. Chiara, la loro tecnica è di una estrema facilità, poche regole generali guidano l' ostetrico e valgono per tutti i casi senza eccezione. Quando la testa scende poco flessa noi abbiamo veduto quali sono gli inconvenienti di una applicazione diretta pel feto, quando si applica invece diretta per la madre, il forcipe stesso nelle trazioni e nelle pressioni che facciamo per tenere la testa, corregge il difetto di flessione. Quest'azione correttrice del forcipe era conosciuta anche in antico. Si sa che il vecchio Stein la portava come prova dell'azione riduttrice e più tardi specialmente il Brunninghausen dimostrò, che non era un'azione del tutto riducente; ma un adattamento della testa al forcipe. Questo adattamento, non può aversi quando si comprende la testa del feto da un parietale all'altro e solo si può ottenere con opportuni movimenti dei manici, nuova complicazione della tecnica. Si è detto contro

le applicazioni oblique sul feto, che se le branche del forcipe non si applicano bene alla testa restano troppo divaricate e lacerano facilmente il perineo.

A quest'asserzione io non ho da contrapporre che un fatto importante. In quattro anni che sono stato alla clinica del prof. Chiara non ho visto mai, mai dico, avvenire una lacerazione completa del perineo, sia nell'intervento col forcipe sia negli altri interventi ostetrici per *vaginam*. Quest'azione del forcipe è importantissima. È nè più nè meno l'azione della leva; il forcipe, dice Paiot, « n'est pas seulement un instrument de traction, il est pour l'accoucheur instruit un tracteur, à l'ordinaire, et un lévier. » Quante volte non è dato di assistere a questa lotta fra l'utero e la testa che non trova il modo di ruotare. Si aspetta, poi viene in campo l'opportunità d'intervento, e mentre si fanno i preparativi sotto un'azione più valida o per un cambiamento minimo di rapporti la testa si flette e ruota? A volta l'utero ci lascia anche applicare il forcipe, ma nell'introduzione delle cucchiaia o facendo l'applicazione col metodo francese nel famoso giro di M.me Lachapelle, involontariamente si favorisce la flessione della testa, e se le contrazioni sono valide si finisce l'applicazione del forcipe e la nostra estrazione laboriosa si trasforma in una laboriosa contenzione. Questa è anche la ragione della grande facilità con la quale si riesce a portar fuori una testa, contro la quale la natura aveva esaurito 2-3 ore di sforzi potenti. La discesa della testa con la fontanella anteriore più bassa non è frequente, e il più delle volte avviene che si corregge giunta al piano perineale dopo un tempo più o meno lungo. Nei pochi casi in cui la natura non riesce a correggerla, ho detto che questo può avvenire sia accidentalmente, sia necessariamente se si fanno le applicazioni dirette per la madre intervenendo col forcipe. Ma se ad onta di ciò questa correzione non avviene, si capisce facilmente, come le trazioni, specie se fatte col forcipe traente sull'asse, tendano ad esagerare questo difetto di flessione piuttosto che correggerlo, come sopra si è detto. Ed allora abbiamo due casi, o nei tentativi di rotazione la testa cede, ruota più difficilmente, ma ruota e tirando in basso ed indietro, l'occipite viene al davanti del pube e tutto è corretto, o la rotazione non avviene e la testa non si estrae.

Considerate tutte le condizioni sopra enumerate, si capisce come questi fatti devono esser rari, rarissimi anzi, tuttavia esistono e sono

stati osservati. L' osservazione ha fatto trovare il modo di rimediarci. Fra le applicazioni del forcipe nello scavo quelle sulla testa in posizione O. P. sono le più difficili. Non sto a fare la storia dei vari metodi consigliati. In Firenze si faceva una doppia applicazione sempre diretta per la madre ed è sempre riuscita, spesso con grande facilità. Qui a Parigi si insegna di operare col forcipe Tarnier nel seguente modo: Si applica il forcipe come se si trattasse di un S. A. adattando bene le cucchiaia ai lati della testa. Applicato il forcipe e fissata la testa, si portano i manici verso la coscia sinistra e si fa qualche trazione sull'apparecchio fino al completo abbassamento della testa. Contrariamente alla regola, la curva pelvica guarda all'opposto della parte che deve condursi sotto il pube. E quando con un largo movimento dei manici si fa compiere alla testa il movimento dell'occipite in avanti, la curva pelvica del forcipe viene a guardare direttamente indietro. Nel disimpegno della testa però non si sollevano i manici del forcipe, ma si afferra l' apparecchio di trazione e le cucchiaia più che si può vicino alla testa del feto, le cucchiaia sono bene applicate sulla testa e non sporgono in nessuna parte e il disimpegno si può compiere senza pericolo di sfondare con l' apice delle cucchiaia il perineo o la parete anteriore del retto. È una manovra delicata che riesce con sorprendente facilità. Del resto nulla impedisce di disarticolare e togliere il forcipe vinto l' ostacolo alla rotazione, quando vi sieno contrazioni dell'utero valide e non vi siano indicazioni ad una rapida estrazione del feto.

Nelle rotazioni sacrali dell'occipite, si consiglia, applicato il forcipe come nei casi d'occipite pubica, di ricondurre la porzione occipitale in avanti sotto al pube. Le esperienze e le osservazioni cliniche del Tarnier e del Budin dimostrano, che questa ipertorsione del collo del feto non è dannosa. Io non credo che sia bene consigliarlo in tutti i casi; il più delle volte, quando la testa ruota nel sacro è piccola, e per questo non è sempre necessario che determini una lacerazione perineale completa. Per le lacerazioni incomplete più o meno estese, una buona antisepsi, una buona sutura bastano per ottenere una guarigione per prima; anzi io ho veduto qui nella Clinica del prof. Budin usarsi anche per lacerazioni estese dei semplici *serre-fines* ed averne la guarigione rapidamente e completamente, come con le suture. Molte rotazioni sacrali ho osservato nei miei anni di assistentato a Firenze e non una sola volta mi fu

dato di vedere una lacerazione estesa fino a comprendere gli sfinteri dell'ano. Non voglio dire con questo che non si possano avere, ma sono rarissime e credo fermamente che sieno quistione di assistenza. Le lacerazioni perineali incomplete non sono sempre inevitabili; le complete, accettuato i casi di mal conformazione, oserei dire sempre. Quando poi la testa ha il volume ordinario o è più grossa, se ruota con l'occipite nella concavità sacrale e si adatta allo stretto inferiore per sorpassarlo, io dubito si possa riuscire in tutti i casi agevolmente senza violenza a riportare in avanti l'occipite, se riesce perchè la testa è piccola non credo ne sarebbe venuto grande danno per la donna a farla disimpegnare nella posizione prima. Pajot volendo elevare a legge generale la regola che la nuova curvatura del forcipe dovesse guardar sempre la parte fetale da ricondursi sotto il pube, consigliava nelle O. P. di rotare l'occipite nel sacro. Uno ostetrico di tanto valore non l'avrebbe consigliato se fosse stato quasi inevitabile la rottura completa del perineo. Mi pare che si cada nell'eccesso opposto e che sia più giusto regolarsi diversamente nei vari casi, considerando la grandezza della testa, l'elasticità e l'altezza del perineo, ecc.

L'osservazione di questi casi d'occipite posteriore ha fatto pensare ad usare una pratica simile nelle posizioni transversali ed anteriori del vertice con difetto di flessione. Quando la testa è ben flessa, la fontanella occipitale combina con l'asse pelvico o quasi e si riesce ad una buona applicazione delle cucchiaia specie quelle del forcipe Tarnier, che hanno una curvatura pelvica poco accentuata, in modo che la trazione cade sull'occipite e si hanno allora quelle applicazioni tipiche del forcipe Tarnier, in cui la testa è guidata per l'asse del bacino e segue spontaneamente i movimenti del meccanismo ordinario o pare che giuochi libera fra le cucchiaia.

L'ostetrico non ha da fare altro che seguire il movimento dei manici del forcipe che il Tarnier ha paragonati all'ago della bussola. Però la testa compresa fra le branche del forcipe Tarnier, se è libera di rotare in un senso piuttosto che in un altro, secondo il suo asse longitudinale, non può ruotare secondo il suo asse trasverso, a meno che la trazione cada sul punto più favorevole, quello cioè che deve escire pel primo al davanti del pube. In ogni altra presa il forcipe Tarnier, non permette alla testa l'accomodamento necessario; che solo si può ottenere con un

movimento combinato dei manici, non sempre favorevole come abbiamo veduto. L'anno passato, il dott. Bar, aggregato in questa facoltà di medicina, tentò di ottenere sul manichino, nell'esercitazioni agli studenti nell'anfiteatro della scuola pratica, delle applicazioni di forcipe irregolari, in modo però d'aver sempre l'applicazione della potenza nel punto più favorevole. I tentativi riuscirono soddisfacenti. Nella pratica sono stati tentati pel primo dal dott. Tissier, aiuto del prof. Tarnier.

Riassumerò brevemente i fatti che sono in numero di tre e che ho osservati nella clinica del prof. Tarnier stesso. Il primo riguardava una donna pluripara ben conformata, nulla di notevole nella storia dei parti precedenti e nella gravidanza attuale. Il feto si presentava pel vertice S. A. inclinazione del bregma. Il travaglio si prolungava, viene in campo la sofferenza del feto, il dott. Chambréland assistente credè opportuno applicare il forcipe e l'applicava infatti *lege artis*. Tentò però inutilmente per tre o quattro volte, la testa non scendeva e non ruotava; mandò allora ad avvisare l'aiuto della clinica dott. Tissier, questi messo al corrente del fatto, esplorata la donna e riconosciuta la persistenza dell'inclinazione bregmatica, faceva una applicazione del forcipe irregolare. Introduceva cioè prima la branca destra del forcipe, afferrandola con la mano sinistra, sulla guida della mano destra, alla sinistra della donna, e l'applicava sul parietale sinistro del feto in modo che la cucchiaia si disponesse secondo il diametro mento occipitale, poi con un movimento un po' complicato e un po' difficile introduceva la branca maschia del forcipe. Articolato il forcipe e stretta la vite di pressione, la curva pelvica delle cucchiaie guardava indietro verso la fronte non verso l'occipite. Fatta qualche leggiera trazione si portavano i manici dalla coscia sinistra verso la coscia destra, tentando allo stesso tempo un movimento di rotazione. La testa obbedì e fu estratta con sorprendente facilità. Questa osservazione clinica che sola non avrebbe avuto grande valore, fu dal prof. Tarnier comunicata il giorno dopo nella sua lezione senza commenti, rilevandone tuttavia l'importanza, e restò là come documento ad aggiungersi ad osservazioni ulteriori.

Il 10 maggio ultimo decorso il prof. Tarnier esponeva due nuovi fatti osservati nella sua clinica. In tutti e due si trattava di una posizione sinistra anteriore con inclinazione del bregma. In tutte e due aveva fallito l'applicazione classica del forcipe Tarnier, fu tentata l'applicazione

irregolare, la quale riuscì nel primo caso ma fallì nel secondo e fu necessaria la craniotomia. E questo ultimo fatto ha grande valore per me, perchè mi dimostra un fatto interessantissimo e affatto nuovo.

Mai una volta ho veduto resistere al forcipe una testa in presentazione di vertice che aveva superato le difficoltà dello stretto superiore in bacini normali o quasi. L'aver fallito in un caso è prova che queste difficoltà esistono realmente e non si tratta di una moltiplicazione patologica di fatti clinici, come si osserva disgraziatamente quasi per suggestione troppo di frequente nelle scienze. Io mi sono spiegato il fatto colla differenza di tecnica che porta, come più sopra ho detto, una differenza d'azione del forcipe, azione avvantaggiosa alla quale vi si rinunzia con la tecnica antica francese, delle applicazioni sempre dirette pel feto ed a cui si ritorna ora, se questa modificazione nella tecnica in parte di già adottata nelle P. verrà completata. L'uso del forcipe è come si vede in questo modo più complicato, ma schiude la strada a nuove ed interessanti applicazioni. Tutti gli ostetrici si sono trovati a dover lottare con le difficoltà di una operazione di forcipe sulla faccia, specie nelle posizioni P.; tutti ne hanno parlato con poco favore, il forcipe ordinario non trova sulla faccia una presa così sicura come sul vertice, specie se si fanno applicazioni oblique pel feto, la testa sfugge la presa, non risente delle pressioni delle branche, non si estende e non cede alle trazioni. Sono casi fortunati dovuti più al risveglio delle contrazioni uterine per l'irritazione del forcipe, ed al poco volume della testa fetale ecc., quelli nei quali si riesce a far ruotare la testa in presentazione posteriore di faccia ed estrarla. Gli autori tedeschi danno, come consiglio, di aspettare che il mento abbia ruotato in avanti, se questo non avviene, dopo qualche tentativo molto prudente passare alla perforazione. Il prof. Pajot nella sua vivissima ed arguta polemica sul forcipe Tarnier quando dice: « la tête dejà engagée se trouve guidée par le bassin.

« Votre forceps courbe parmi les centes et quatre accoucheront parfaitement les femmes, la seule difference sera dans le manche, c'est-à-dire l'accoucheur.

« Dans ce cas là surtout bien que conçu pour de bouts contraires, le forceps est comme l'épée, tant vaut la main tant vaut l'util. »

E più sotto: « les applications de forceps au dessus de l'étroit supérieur, voilà la pierre de touche de votre instrument. » Il prof. Pajot non

pensava allora alla applicazione sulla faccia e sulla fronte. Le esperienze e la clinica ci daranno il valore definitivo di questa tecnica; queste esperienze, già cominciate con buon successo dal dott. Bar alla scuola pratica, vengono proseguite nella clinica del Tarnier stesso dal dottor Tissier aiuto.

Io mi auguro che il prof. Tarnier con qualche modificazione ancora possa dare all'ostetricia un forcipe così perfetto come il suo basiotribo, e raggiungere così l'ideale dietro a cui la scienza s'affatica da tanti anni.

Parigi, 25 giugno 1892.

ISTITUTO OSTETRICO-GINECOLOGICO DI NAPOLI

diretto dal Senatore Prof. **O. Morisani.**

Operazioni complementari del taglio cesareo

STUDIO STORICO-CLINICO-CRITICO

DEL

Dott. FRANCESCO CARUSO

già Assistente nell' Istituto suddetto.

(Continuazione, vedi pagina 537).

Segue la Statistica: « Casi di amputazione utero-ovarica come complemento di taglio cesareo. »

Numero progr.	Data	Operatore e località	Età Num. dei parti	Indicazione	Stato della don nel momento della operazion
221	6. VII. 1886.	Brachini Regnano-Casola.	39 anni, IVpara.	Bacino osteomalacico.	Da 2 giorni in soprapp
222	25. VII. 1886.	Werth Kiel.	31 anni, IIpara.	Bacino piatto universalmente ristretto. C. V. 7 cent.	Favorevole. Scolo di li amniotico da 3 giorni
223	12. VIII. 1886.	Michelini Genova.	35 anni, IIIpara.	Bacino leggermente viziato. Incisioni multiple del collo a causa di rigidità. Tentativi inutili di parto forzato. Craniotomia. Tentativi infrutt. di cranioclasia.	Travaglio cominciato giorni.
224	20. VIII. 1886.	Tibone Torino. 7.° caso.	33 anni, Ipara.	Bacino generalmente ristretto, piatto. C. D. 7,2 cent.	Discreto.
225	26. VIII. 1886.	Pugliatti Messina.	38 anni, Vpara.	Bacino osteomalacico.	Discreto. Travaglio in da qualche ora.
226	17. IX. 1886.	Galabin Londra.	28 anni, Ipara.	Bacino rachitico. C. V. 2 poll. circa.	Sfavorevole. Due gior travaglio. Tentativi d cipe. Utero in istato smodico. Nefrite.
227	7. X. 1886.	Krassowski St. Petersburg. 2.° caso.	33 anni, IVpara.	Bacino rachitico asimmetrico. Lordosi dalla 9.ª alla 12.ª vertebra dors. Cifosi lombo-sacr.	Favorevole. Durata an dente del soprappart ore.
228	8. X. 1886.	Grillenzoni Ferrara.	27 anni, Ipara.	Bacino rachitico pseudo-osteomalacico. Spazio utile 4 cent.	24 ore di travaglio. Ro artific. delle membran accelerare il parto. Tem
229	8. X. 1886.	Carrara Brescia. 3.° caso.	--	Bacino rachitico. C. V. 6 cent.	Disperato. Tentativi d cipe. Incoata periton
230	14. X. 1886.	Johannovsky Reichenberg.	28 anni, Ipara.	Bacino universalmente ristretto (nana). C. D. 6,5 cent.	Sfavorevole. 24 ore d vaglio. Incoata sepsis
231	20. X. 1886.	W. Alexander Liverpool.	20 anni, Ipara.	In agone.	Coma epilettico (ence purulenta).
232	23. X. 1886.	Brachini Fivizzano. 2.° caso.	42 anni, VIIIpara.	Bacino osteomalacico.	Discreto.
233	28. X. 1886.	Krassowski St. Petersburg. 3.° caso.	38 anni, Vpara.	Carcinoma colli uteri.	Cachettico.
234	8. XII. 1886.	Breisky Wien. 7.° caso.	36 anni, Vpara.	Bacino osteomalacico.	Favorevole. Operazione ma dell'inizio del trava verso la fine della ge

Particolari dell' operazione	Esito		Osservazioni	Nota bibliografica
	Madre	Feto		
ientazione in tre porzioni peduncolo con filo di seta. atura dei vasi utero-ovari- Tratt. intraper., lasciando capo di ciascuna ansa con era stato legato il moncone i fuori dell'angolo inf. della ta addominale, « onde faces- all'occorrenza da drenag- e dessero agio di trarre sul unc. e tenerlo il più vicino sibile alla parete ventrale. »	†	† premorto.	Causa della morte, avvenuta il giorno appresso: peritonite leggiera, shock.	*Lo Sperimentale*, settembre 1886.
rizione elastica segmentata cè l' ago di Kaltenbach. tt. extraper. Sutura del peneo parietale all' uterino.	Guarigione.	Vivo.	Operazione nella 35.ª settimana della gestazione, senza che il travaglio si fosse veramente dichiarato.	B. Nierhoff. « Drei Fälle von Kaiserschnitt, etc. » Inaug. Diss. Kiel, 1889.
rizione con laccio elastico. tt. extraper.	†	† premorto.	La morte ebbe luogo 25 ore dopo l'operazione per peritonite.	« Rendiconto statistico della Maternità e della Sezione Ginecol., 2.° e 3.° quadrim. dell' anno 1886. » Genova, 1887.
t. extraper. come nel caso ecedente dell'Oper.	Guarigione.	Vivo.	—	Truzzi, *Ann di Ost.*, 1890 e comun. epist. dell'Op. in data del 1. VII. 1892.
t. extrap. Costriz. col serra- i di Cintrat. Sutura della osa parietale con la viscer.	»	»	Il feto moriva 18 giorni dopo il parto per eclampsia.	*Annali di Ostetr.*, 1891, p. 635-44.
t. extraper. Costrizione con anodi Köberle.	»	»	—	*Transact. of obst. Soc. of London* (1889), 1890, XXXI, p. 57-61.
t. extraper. come nel caso ecedente dell'Oper.	»	»	—	Loco cit. e comunicaz. epist. citata.
rizione del peduncolo con di seta. Tratt. intraper.	†	»	Morte della donna dopo 2 giorni per peritonite.	Comunicazione epistolare dell' Op. in data del 22. VI. 1887.
t. extraper.	»	»	Causa della morte: peritonite.	Truzzi, *Annali di Ost.*, 1890.
rizione elastica del moncone. tt. extraper.	Guarigione.	»	In puerperio nei primi 8 giorni notevoli fenomeni d'irritazione peritoneale.	*Prag. med. Woch.*, 1888, N. 4 e 5.
t. extraper.	†	»	La paziente, operata senza narcosi, moriva un'ora dopo.	*The Lancet*, 1887, Jan. 22.
t. extraper. Costrizione me- ica.	»	»	La morte si verificava in 4.ª giornata a causa di peritonite settica.	*Gazzetta degli Ospitali*, anno 1887, N. 12.
t. extraper. come nei casi ecedenti dell'Oper.	»	»	Causa della morte, avvenuta in 6.ª giornata: setticemia.	Loco cit., e comunicaz. epist. citata.
t. extraper. come nei casi ecedenti dell'Oper.	Guarigione.	»	—	L. Piskacek, loco cit.

Numero progr.	Data	Operatore e località	Età Num. dei parti	Indicazione	Stato della do nel momento della operazio
235	22. XII. 1886.	Nicolini Milano. 2.° caso.	27 anni, IIpara.	Atresia del 3.° superiore della vagina.	Favorevole.
236	1886.	Hagedorn Magdeburg.	—	Myoma uteri peduncolato, della grand. di una testa di feto a termine.	—
237	1. I. 1887.	Parish-Allis Philadelphia.	26 anni, Ipara.	Presentazione di spalla (feto contenuto in gran parte nel segmento inferiore enormemente espanso ed assottigliato).	Sfavorevole. 7 giorni d vaglio. Tentativi molt di liberazione. Endome septica.
238	3. I. 1887.	Schroeder Berlin.	45 anni, IIIpara.	Miomi multipli cervicali.	Favorevole.
239	2. II. 1887.	Phenomenoff Kasan.	20 anni, Ipara.	Bacino piatto rachitico. C. V. 5,0-5,5 cent.	—
240	10. III. 1887.	Truzzi Milano. 4.° caso.	IIpara.	Bacino osteomalacico.	Favorevole.
241	16. III. 1887.	Klotz Dresden.	31 anni, Ipara.	Miomi multipli.	Favorevole.
242	9. V. 1887.	Porro Milano. 7.° caso.	—	Bacino osteomalacico.	Discreto. Travaglio gi ziato.
243	11. V. 1887.	Spencer Wells Londra.	37 anni, Ipara.	Miomi uterini multipli.	—
244	25. V. 1887.	Kirch Troghi presso Firenze.	22 anni, Ipara.	Bacino rachitico. C. V. 5,3-5,5 cent.	Favorevole.
245	26. V. 1887.	Franzolini Morsano. 6.° caso.	—	Bacino rachitico. C. V. 6,7 cent.	Assai spossato.
246	1. VI. 1887.	R. Novi Napoli. 3.° caso.	—	Bacino rachitico. C. V. 5,4 cent.	Favorevole. Fuori trava ad acque però precoce te colate.
247	20. VI. 1887.	C. v. Braun Vienna. 15.° caso.	27 anni, IIpara.	Bacino rachitico universalmente ed irregolarmente ristretto. C. V. 6,5 cent.	Favorevole. 2 ore di t glio.

Particolari ell'operazione	Esito		Osservazioni	Nota bibliografica
	Madre	Feto		
extraper. Serranodi di t.	†	Vivo.	Causa della morte, avvenuta in 7.ª giornata: peritonite settica.	Truzzi, *Annali di Ost.*, 1890, e comunic. epist. dell'Op. in data del 30. VI. 1892.
xtraper. Costrizione con tallico.	Guarigione.	»	Il prodotto soccombeva in capo a 36 ore.	Comunicazione epistolare dell'Op. in data del 23. IX. 1888.
xtraperit.	†	†	Morte avvenuta 48 ore post oper. per sepsis.	*Amer. journ. of. Obst. etc.*, 1887, p. 503.
ntraper. secondo il pro- dell'A.	Guarigione.	Vivo.	—	Hofmeier, *Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäk.*, Bd. XIV, Hft. 1.
a delle arterie sperma- d uterine. Costriz. elasti- moncone. Tratt. extrap.	†	»	La paziente soccombeva in 11.ª giornata di pulmonite.	*Wratsch*, 1888, N. 13.
extraperit. Serranodi .	Guarigione.	»	Fugace tumefazione acuta della ghiandola tiroide nei primi giorni dopo l'operazione. Guarigione dell'osteomalacia.	*Gazzetta medica italiana*, Lombardia, 1887.
xtraper.	†	»	In 4.ª giornata sintomi di strozzamento intestinale. Riaperto il ventre, s'isolano delle anse aderenti al moncone. Miglioramento. Nella notte la donna si appiccava per paura di una nuova operazione.	*Centralbl. f. Gynäk.*, 1887, N. 22.
xtraper.	»	»	Causa della morte: peritonite.	Truzzi, *Annali di Ost.*, 1890.
xtraper. Serranodi. Su- l peritoneo parietale col le.	Guarigione.	»	—	*Brit. med. Journ.*, 1887, June 11.
ne elastica segmentata te l'ago Deroubaix.	»	»	—	*Annali di Ost.*, 1887. p. 352 e seg.
xtraper.	†	»	Causa della morte: peritonite.	Truzzi, *Annali di Ost.*, 1890.
extraperit. Serranodi	Guarigione.	»	—	Truzzi, *Annali di Ost.*, 1890.
xtraperit.	†	»	Fino al 16.° giorno decorso quasi apiretico. Moncone caduto, infundibolo granulante. Al mattino della 17.ª giornata la paziente è trasportata da un secondo piano in una stanza a pianterreno. La sera la T. sale a 40,2° e rimane tale per 14 giorni consecutivi. Muore al 31.° giorno. Autopsia: Thrombophlebitis venae spermat. dextrae, cavae infer. iliacae et cruralis sinistrae et gangraena cutis in regione pubica.	E. Braun e Herzfeld, loco cit.

Numero progr.	Data	Operatore e località	Età Num. dei parti	Indicazione	Stato della nel momen della opera
248	3. VII. 1887.	F. Schwarz Fünfkirchen.	Ipara.	Minaccia di rottura uterina. Stenosi pelvica. C. V. 8 cent.	Travaglio iniziato acque colate da
249	4. VII. 1887.	Schauta Prag.	32 anni, Ipara.	Atresia vaginae.	Favorevole.
250	14. VII. 1887.	C. V. Braun Vienna. 16.° caso.	34 anni, VIIpara.	Bacino osteomalacico.	Molto sofferente.
251	15. VIII. 1887.	Frattina Pordenone.	Multipara.	Atresia vaginale cicatriziale.	Favorevole. Trava ancora iniziato.
252	27. VIII. 1887.	Johannovsky Reichenberg. 2°. caso.	21 anni, Ipara.	Bacino osteomalacico.	Sfavorevole. Fen setticoemia.
253	4. IX. 1887.	Schauta Prag. 2.° caso.	36 anni, IIpara.	Atresia vaginae. Si preferì l'op. Porro al taglio cesareo conservat. per essersi trovata la decidua di un colorito bruno verdastro, e gli strati più interni della muscolatura d'un bruno rossastro sospetto.	Sfavorevole. I dolo ciarono 17 giorni p l'ammissione in C
254	28. IX. 1887.	H. Treub Leyden.	42 anni, Ipara.	Emorragia infrenabile ex atonia uteri a seguito di taglio cesareo conservatore fatto per bacino infundibiliforme (cifosi lombo-sacrale).	—
255	15. X. 1887.	A. C. Bernays St. Louis Missouri.	35 anni, Ipara.	Fibro-mixoma dell' utero. L' esistenza della gravidanza apparve dubbia.	Favorevole. Trava iniziato.
256	15. X. 1887.	Franzolini Udine. 7.° caso.	Ipara.	Bacino rachitico. C. V. 6,5 cent.	Favorevole.
257	17. X. 1887.	Carrara Brescia. 4.° caso.	—	Emorragia infrenabile ex atonia uteri in seguito a taglio cesareo conservatore fatto per vizio pelvico da rachitismo. C. V. 6 cent.	Favorevole.
258	17. X. 1887.	Krassowski St. Petersburg. 4.° caso.	28 anni, Ipara.	Bacino pseudo-osteomalacico. Diam. bis-ischiatico 5,5-6,0 cent.	Favorevole. Durata travaglio 2 ore e

Particolari ll' operazione	Esito		Osservazioni	Nota bibliografica
	Madre	Feto		
ne del cono cervico-ute- nputazione dell'utero e rtura di questo per e- il prodotto. Sutura a el peduncolo. Tratt. in- .	Guarigione.	Vivo.	—	« Totalextirpation des graviden Uterus wegen Beckenenge und drohender Uterusruptur. » *Wien. med. Blätter*, 1887, N. 37, p. 1165.
traperit. Costrizione con lastico. Sutura del pe- parietale col viscerale.	»	»	Dapprima si trattava soltanto di stenosi di alto grado, la quale si trasformò in atresia a causa di accoppiamento. Residuava una fistola cervicale.	Weydlich, *Zeitschr. für Heilkunde*, Bd. IX, 1888, pag. 105-28.
traper.	»	»	Operazione prima della fine della gestazione, dopo di non aver ottenuto risultato positivo col parto prematuro artificiale. Guarigione dell' osteomalacia.	E. Braun e Herzfeld, Ibid.
segmentata con catgut a a piani del moncone. mento.	»	»	Decorso post-operativo disturbato dalla formazione di un ascesso all'angolo inferiore della ferita addominale, con eliminazione di cenci necrotici appartenenti, pare, al peduncolo.	Truzzi, *Annali di Ost.*, 1890.
traper. come nel caso lell' Oper.	»	»	Il feto, ottimestre, moriva 2 settimane dopo per debolezza congenita.	Loc. cit.
traper., come nel caso lell'Oper.	»	† premorto.	Mercè la sonda e col dito l'atresia fu trasformata in stenosi. Anche qui residuava una fistola della cervice.	Weydlich, loco cit.
trap. alla Schröder.	†	Vivo.	Operazione 8-10 giorni prima del termine. Morte dopo 3 giorni da ascriversi, secondo T., allo spossamento pel fatto dell' operazione, seguita in pari tempo da emorragia dalla mucosa stomacale.	« Quel est le moment propice pour l'opération césarienne? » *Nouv. Arch. d'Obst. et de Gyn.*, 1888, p. 447-54.
traper.	»	»	Gravidanza nel 7.° mese. La morte ebbe luogo per collasso in 5.ª giornata.	*Internat. Med. and Surg. Synopsis*, 1887-88, N. II, p. 5.
trap. alla Schröder.	»	»	Causa del decesso, avvenuto in in 3.ª giornata: emorragia.	Truzzi, *Annali di Ost.*, 1890.
traper.	»	»	Causa della morte: peritonite.	Truzzi, *Annali di Ost.*, 1890.
traper. come nei casi lell' Oper.	Guarigione.	† in istato di macerazione.	—	Loco cit., e com. epist. citata.

Numero progr.	Data	Operatore e località	Età Num. dei parti	Indicazione	Stato della I nel momen della operaz
259	4. XI. 1887.	Slavjanski St. Petersburg.	33 anni, IVpara.	Endometritis septica. Colo fetido dalla vagina. T. 39.° Bacino ristretto. C. V. 8 cent.	Sfavorevole. 24 or vaglio.
260	8. XI. 1887.	Carrara Brescia. 5.° caso.	—	Bacino rachitico C. V. 5,8 cent.	Sfavorevole. Anas grave albuminuria
261	28. XI. 1887.	St. Braun Krakau.	36 anni, Ipara.	Bacino piatto-rachitico, universalm. ristretto.	Sfavorevole. Infiltra bercolare di entr apici pulmonari.
262	7. I. 1888.	H. C. Garde Queensland.	23 anni, Ipara.	Bacino rachitico. C. V. 4 cent.	—
263	27 I. 1888.	Wert Kiel. 3.° caso.	37 anni, VIpara.	Bacino osteomalacico.	Sfavorevole. Lesion ce pulmonare sini
264	26. II. 1888.	Bona Biella.	25 anni, Ipara.	Bacino rachitico. C. V. 6,5-7,0 cent.	Favorevole. Fuori t
265	13. III. 1888.	Tibone Torino. 8.° caso.	27 anni, Ipara.	Emorragia infrenabile ex atonia uteri a seguito di taglio cesareo conservatore fatto a causa di bacino pseudo-osteomalacico. C. D. 6,8 cent.	Favorevole.
266	25. III. 1888.	B. Hart Edinburg.	25 anni, IVpara.	Bacino angusto. C. V. 2 poll. e 1/4.	Favorevole.
267	12. IV. 1888.	Bona Biella. 2.° caso.	44 anni, Xpara.	Bacino osteomalacico.	Estremamente dep vaglio iniziato d ore.
268	19. IV. 1888.	C. v. Braun Vienna. 17.° caso.	23 anni, Ipara.	Bacino rachitico universalmente ed irregolarmente ristretto. C. V. 5,5 cent.	Favorevole.
269	23. IV. 1888.	Kufferath Bruxelles.	42 anni, IIpara.	In travaglio di parto prematuro provocato a 7 mesi, si produsse uno stato ernioso della cicatrice cesarea con minaccia di rottura della medesima. Bacino rachitico scoliotico. C. V. 6 cent.	Ancora favorevole

Particolari dell' operazione	Esito		Osservazioni	Nota bibliografica
	Madre	Feto		
one del moncone con lastico. Tratt. extraper.	Guarigione.	Vivo.	L'esame microscopico dell'utero rivelò un'endometrite acuta.	Comunicaz. di Solowjew alla Soc. di Ost. e Gin. di Pietroburgo, seduta del 7. XII. 1887; e *Centralbl. f. Gynäk.*, 1888, N. 18, p. 295.
xtraper.	†	† premorto.	Causa della morte: peritonite.	Truzzi, *Annali di Ost.*, 1890.
a strati del moncone con Affondamento.	Guarigione.	Vivo.	—	*Przeglad lekarski*, 14 gennaio 1888; e *Arch. f. Gyn.*, Bd. XXXIV, Hft. 2.
xtraper.	»	»	—	*Austr. med. Gaz.*, Sydney, 1887-88, vol. VII, p. 139.
xtrap. del moncone come o antec. dell'Oper., con nta del raschiamento ecidua e dello strato mu- più interno del canale lo, e successiva cauteone col Paquelin.	†	»	L'operata moriva in 7.ª giornata per pleuro-pulmonite doppia.	Nierhoff, loco cit.
xtraper. Costrizione sega metallica mercè Cin-	Guarigione.	»	In 16.ª giornata avvenne la riapertura della ferita addominale per 8 cent. Facevano capolino anse intestinali. Si rinnovò la cucitura sì profonda (7 punti) che superficiale, suturando anche le pareti dell' infundibolo in via di granulazione.	L'*Osservatore*, Gazz. med. di Torino, 1888, fasc. 22.
xtraper. come nei casi dell'Oper.	»	»	In 14.ª giornata si applica un costrittore Köberle per facilitare la caduta del moncone.	Truzzi, *Annali di Ost.*, 1890; e comunic. epist. dell' Op. in data del 1. VII. 1892.
xtraper. Serranodi Kömodello Tait.	»	»	Operazione alcuni giorni prima dell' inizio del travaglio.	*Brit. med. Journ.*, 1889, Jan. 25, p. 181-84.
xtraper. come nel caso dell'Oper., e costrizione ta essendosi rotta una nse metalliche.	†	† premorto.	La donna moriva in 8.ª giorn. per ostruzione intestinale nell'ultimo tratto del tenue, a causa di aderenze contratte con la parete inferiore della ferita.	Loco cit., fasc. 23.
one segmentata del pe- con filo di seta comndo nelle anse costrittici ati sieroso ed aponevroelle pareti addominali.	Guarigione.	Vivo.	—	E. Braun u. Herzfeld, loco cit.
one con laccio elastico; del peritoneo parietale cerale. Tratt. extraper.	»	†	Il feto, nato vivo, del peso di gr. 955, moriva qualche ora dopo. Questa donna nel 1.° parto, 3 anni prima, era stata operata di sectio caesarea dal Delassus, a Lilla. (Sutura uterina insufficiente).	*Bull. de la Soc. belge de Gynéc. et d'Obst.*, 1889, N. 1.

Numero progr.	Data	Operatore e località	Età Num. dei parti	Indicazione	Stato della d nel momen della operazi
270	20. V. 1888.	V. Ott St. Petersburg.	30 anni, Ipara.	Ostruzione pelvica da voluminoso mio-fibroma del collo uterino.	Favorevole.
271	2. VI. 1888.	L. Tait Birmingham.	IIpara.	Bacino angusto.	Favorevole.
272	7. VI. 1888.	C. v. Braun Vienna. 18.° caso.	34 anni, IIpara.	Bacino rachitico universalmente ed irregolarmente ristretto. C. V. 5,5 cent.	Favorevole. Inizio vaglio.
273	8. VII. 1888.	A. Solowieff Moskau.	22 anni, IIpara.	Bacino angusto. Stenosi cicatriziale della vagina. Fistola vescico-vaginale.	Discreto. Acque c 1 giorno. T. 38. 5.
274	9. VII. 1888.	Frank Köln.	35 anni, Vpara.	Carcinoma cervicis.	Discreto.
275	9. VII. 1888.	Piskacek Vienna.	38 anni, VIpara.	Bacino osteomalacico.	Discreto. 36 ore di t Membrane rotte d
276	23. VII. 1888.	Truzzi Milano 5.° caso.	36 anni, Vpara.	Bacino osteomalacico.	Discreto. In travagl di una giornata.
277	25. VII. 1888.	Mixter Boston.	38 anni, Ipara.	Ostruzione del bacino da miomi multipli.	Favorevole.
278	30. VII. 1888.	Carrara Brescia. 6.° caso.	—	Bacino osteomalacico.	Discreto.
279	6. VIII. 1888.	Wyder Zürich.	39 anni, Ipara.	Emorragia infrenabile ex atonia uteri a seguito di taglio cesareo conservatore fatto a causa di bacino piatto-rachitico. C. V. 7 cent.	Sfavorevole.
280	6. VIII. 1888.	Biggar Akron (Ohio).	43 anni, IIIpara.	Ostruzione pelvica da fibroma del collo uterino.	Sfavorevole. Durat dente del soprapp

Particolari dell' operazione	Esito		Osservazioni	Nota bibliografica
	Madre	Feto		
a a tre piani del peduncolo umerosi punti staccati, e sopra riunione della sieeritoneale. Affondamento.	Guarigione.	Vivo.	Operazione alcuni giorni prima del termine. Il puerperio fu disturbato dalla formazione in 10.ª giornata di un ascesso al l'ipogastrio che spontaneamen. si apre dopo 5 giorni, lasciando un tragitto fistoloso, alla cui guarigione occorre, dopo un anno e mezzo di durata, l'applicazione di un drenaggio addomino-vaginale.	*Arch. für Gynäk.*, Bd. XXXVII, Hft. 1.
extraper. Costrizione col p dell'Oper.	»	»	—	*Cincinn. Lancet-Clinic.*, 1888, p. 233.
extraper. come nel caso edente dell'Oper.	»	»	—	E. Braun u. Herzfeld, loco cit.
mbito della ferita addomifece ernia la vescica forte distesa, e si dovè vuocon la punzione. Tratt. exer. Serranodi Cintrat.	†	»	La morte, avvenuta per sepsis dopo 46 ore, fu causata da disfacimento gangrenoso della parete superiore della vescica.	*Medixinskoe Obozriepie*, 1888, N. 21.
sione del moncone col proo dell'Oper.	Guarigione.	Gemini. 1.° † 2.° vivo.	La paziente moriva nel novembre pei progressi del carcinoma.	Beaucamp, *Arch. für Gynäk.*, Bd. XXXVI, Hft. 2.
. extraper. come nei casi Breisky.	»	Vivo.	—	Piskacek, loco cit.
. extrap. come nei casi preenti dell'Oper. Sutura con ut del peritoneo parietale peritoneo della superficie eriore del moncone.	»	»	—	*Annali di Ost.*, 1890.
tura separata dei legamenti hi. Costrizione del moncone écraseur. Tratt. extraper.	»	»	—	*Bost. med. and Surg. Journ.*, 1888, Nov. 8, p. 455-57.
rizione con cordone di seta. tt. extraper.	»	»	—	Truzzi, *Annali di Ost.*, 1890.
erizzazione dell'infundibulo vicale col Paquelin. Sutura iani del peduncolo con seta fondamente e con catgut sufficialmente. Affondamento.	»	»	—	Clara Russ, *Beiträge zur Kaiserschnittsfrage.* Inaug. Diss. *Arch. für Gyn.*, 1889, Bd. XXXV, Hft. 3, p. 442.
zione del tumore. Tratt. raper. Klammer di Keith.	†	† premorto.	La donna soccombeva in 13.ª giornata per emorragia dal moncone.	« 3 cases of caesarean section, one of which necessitated Porro's operation. » *New-York med. Record*, 1890, Sept. 13, p. 344.

Numero progr.	Data	Operatore e località	Età Num. dei parti	Indicazione	Stato della d nel momen della operaz
281	19. VIII. 1888.	W. Sutugin Moskau.	19 anni, Ipara.	Già incoata endometrite settica. Indicazione del taglio cesareo: bacino piatto-rachitico universalmente ristretto. C. V. 6 cent.	Sfavorevole.
282	20. VIII. 1888.	Piskacek Vienna. 2.° caso.	39 anni, IXpara.	Bacino osteomalacico.	Favorevole. Travagl ore; rottura delle m ne da 12.
283	27. VIII. 1888.	Wyder Zürich. 2.° caso.	39 anni, Ipara.	Emorragia infrenabile ex atonia uteri a seguito di taglio cesareo conservatore fatto a causa di stenosi pelvica di 3.° grado da rachitismo. C. V. 4,5-5,0 cent.	Sfavorevole.
284	19. IX. 1888.	Riedinger Brünn. 7.° caso.	30 anni, IIIpara.	Bacino osteomalacico.	Discreto. 2 giorni di glio.
285	26. IX. 1888.	Breisky Vienna. 8.° caso.	30 anni, Ipara.	Bacino rachitico, generalmente ristretto, asimmetrico. C. V. 6,8-7,2 cent.	Favorevole.
286	18. X. 1888.	Porro Milano. 8.° caso.	—	Bacino pseudo-osteomacico. C. V. 5,2 cent.	Favorevole. Travag iniziato. Acque co 9 ore.
287	30. X. 1888.	Lihotzky Vienna.	34 anni, Ipara.	Bacino rachitico, universalmente ristretto. C. V. 5,5-6,0 cent.	Sfavorevole. Ripetut tivi di liberazione a cilio. Pestamento de ti molli. Distension vole del segmento in con minaccia di rot utero.
288	X. 1888.	H. Peters Vienna.	—	Bacino osteomalacico.	Sfavorevole. Profon nutrizione. Minaccia tura uterina.
289	1. XI. 1888.	W. Duncan Londra.	30 anni, Ipara.	Bacino rachitico. C. V. 2 poll.	Favorevole.
290	10. XI. 1888.	Barsotti Lucca. 3.° caso.	—	Bacino osteomalacico.	Discreto.
291	16. XI. 1888.	Barsotti Lucca. 4.° caso.	—	Bacino obliquo-ovalare. Angustia di 3.° grado. Carie del lato destro del bacino.	Discreto.

Particolari dell' operazione	Esito		Osservazioni	Nota bibliografica
	Madre	Feto		
ione con laccio elastico. a del peritoneo parietale ritoneo del moncone mer- unti. Due aghi lanceo- pra del laccio. In capo ettimane, distaccatosi il colo, recentazione e su- ell' infundibolo.	Guarigione.	Vivo.	Il feto moriva al 5.° giorno a seguito di diarrea non potuta frenare. L'autopsia riconobbe essere la setticemia la causa della morte. L'Oper. si credè autorizzato ad ammettere un avvelenamento del feto durante il parto per mezzo dei prodotti dell' endometrite settica.	« Die Bedeutung des Porro - Kaiserschnittes und wünschenwerthe Verbesserungen desselben. » *Centralbl. für Gynäk.*, 1889, N. 6.
extrap. come nei casi del y.	»	»	Residuava una fistola cervicale nell' angolo inferiore della ferita, che al 25. IX. era chiusa.	Piskacek, loco cit.
ntraper. come nel caso ento dell'Oper.	»	»	—	Clara Russ, loco cit.
one del peduncolo con elastico. Sotto di questo, cone suturato col peri- parietale vien fissato al- o inferiore della ferita ago lanceolato.	»	»	—	Comun. epist. dell'Oper. in data del 4. VIII. 1892.
extraper. come nei casi enti dell'Oper.	»	»	—	Piskacek, loco cit.
extraper. Serranodi Cin-	»	»	Perdita discreta di sangue dal moncone nelle prime 24 ore per difettoso funzionamento del serranodi.	Truzzi, *Annali di Ost.*, 1890.
extraper. come nei casi eisky.	»	»	—	Piskacek, loco cit.
one elastica. Sutura a sione.	†	»	La morte avveniva 9 giorni dopo per pulmonite crupale destra e peritonite circoscritta.	Comun. dell' Oper. alla Soc. Ost. Gin. di Vienna nella tornata del 6. XI. 1888. *Wien. med. Woch.*, 1889, N. 1, p. 11 e 13.
one con serranodi. Sutura tgut del peritoneo parie- on quello del moncone.	Guarigione.	»	Il puerperio fu disturbato nei primi giorni da notevole timpanismo e poi da bronchite acuta.	*The Lancet*, 1889, Jan. 5, p. 16-18.
extraper.	»	»	—	Truzzi, *Annali di Ost.*, 1890.
extraper.	»	»	Preesistevano all'epoca dell'operazione seni fistolosi nella metà destra del bacino.	Truzzi, *Annali di Ost.*, 1890.

Numero progr.	Data	Operatore e località	Età Num. dei parti	Indicazione	Stato della d nel momen della operaz
292	27. XI. 1888.	Truzzi Milano. 6.° caso.	40 anni, IIpara.	Bacino rachitico. universalmente ristretto. C. V. 7,3 cent.	Favorevole. Travag iniziato.
293	12. XII. 1888.	Leopold Dresden. 4.° caso.	28 anni, Ipara.	Bacino piatto-rachitico, universalmente ristretto. C. V. 5,5-6,0 cent.	—
294	17. I. 1889.	Giommi Cesena.	33 anni, Ipara.	Bacino universalm. e regolarm. ristretto. C.V. 4,2 cent. Arti inferiori atrofici, paralitici.	Favorevole. Doglie i ti. Membrane inte
295	10. II. 1889.	W. Sutugin Moskau. 2.° caso.	32 anni, IXpara.	Carcinoma cervicis diffuso ai fornici vaginali e ai legamenti larghi.	Sfavorevole.
296	2. III. 1889.	W. Sutugin Moskau. 3.° caso.	30 anni, VIpara.	Carcinoma di tutta la portio vaginalis ulcerato alla periferia.	Sfavorevole.
297	8. III. 1889.	Carrara Brescia. 7.° caso.	—	Bacino osteomalacico.	Sfavorevole. Perit coata.
298	15. III. 1889.	Carrara Brescia. 8.° caso.	—	Bacino rachitico.	Favorevole.
299	21. III. 1889.	Frank Köln. 2.° caso.	27 anni, Vpara.	Bacino osteomalacico.	Discreto. Travaglio la sera antecedent
300	31. III. 1889.	Mangiagalli Milano. 3.° caso.	38 anni, IXpara.	Cancro del collo e del segmento inferiore dell'utero con diffusione al cellulare pelvico.	Sfavorevole. Febbr vaglio, il quale d 24 ore. Membrane
301	16. V. 1889.	Leopold Dresden. 5.° caso.	17 anni, Ipara.	La durata di parecchi giorni del travaglio, i ripetuti riscontri, la probabile morte del feto forniscono l'indicazione dell'operaz. Porro. Indicaz. del taglio cesareo: bacino piatto-rachitico, universalmente ristretto. C. V. 5,5 cent.	Sfavorevole.

Particolari dell' operazione	Esito		Osservazioni	Nota bibliografica
	Madre	Feto		
z. con ansa metallica. Mon- raggruppato con alcuni di sutura. Asta metallica.	Guarigione.	Vivo.	—	*Annali di Ost.*, 1890, pagine 321-23.
zione elastica del moncone. ra del peritoneo parietale uello del moncone, a sini- al di sotto del laccio, a de- al di sopra. Asta metallica.	»	† premorto.	—	« Münchmeyer, Beitrag zum Kaiserschnitt etc. » *Arch. für Gynäk.*, Bd. XXXVII, Hft. 2.
extraper.	»	Vivo.	—	Truzzi, *Annali di Ost.*, e comunic. epist. dell'Oper. in data del 2. VII. 1892.
extraper. come nel caso c. dell'Oper.	»	»	La donna, guarita dell'operazione, moriva dopo 42 giorni per gangrena pulmonare ed esaurimento.	« Operative Behandlung des Gebärmutther Krebses während der Schwangerschaft und Geburt. » *Zeitsch. für Geburtsh. u. Gynäk.*, Bd. XIX, Hft. 1, pag. 97, 1890.
extraper. come nei casi c. dell'Oper.	†	»	Causa della morte, avvenuta 8 giorni dopo, peritonite fibrinoso-purulenta generalizzata. All'autopsia si constatò una perforazione dell'utero 2 cent. circa sopra del fondo di Douglas prodotta da sfacelo delle masse cancerigne.	Loco cit., *Zeitschrift f. Geburth. u. Gynäk*, Bd. XIX, Hft. 1.
extraper. Strettura con one di seta.	»	»	Causa della morte: peritonite.	Truzzi, *Annali di Ost.*, 1890.
extraper. come nel caso c.	Guarigione.	»	—	Truzzi, *Annali di Ost.*, 1890.
sione del peduncolo col esso dell'Oper.	»	»	Miglioramento notevole dell'osteomalacia.	Beaucamp, *Archiv. für Gynäk.*, Bd. XXXVI, Hft. 2.
entazione in due del mon- con cordone elastico, pas- con l'ago di Kaltenbach. t. extraper.	†	† asfittico, non rianimato.	Fuoriuscita nell'atto operativo di tutta la matassa intestinale, difficile a ridursi. Morte in 6.ª giornata per peritonite circoscritta prodotta da decomposizione putrida delle masse neoplastiche.	*Annali di Ost.*, 1890, pagine 224-27.
extraper. come nei casi c. dell'Oper.	Guarigione.	Vivo.	In 5.ª giornata di puerperio cinque accessi di eclampsia; indi decorso normale.	Münchmeyer, loco cit.

Numero progr.	Data	Operatore e località	Età Num. dei parti	Indicazione	Stato della do nel momento della operazio
302	13. VI. 1889.	Mangiagalli Milano. 4.° caso.	30 anni VIIpara.	Atresia della vagina a circa metà della lunghezza. Carcinoma del collo, con diffusione alla volta vaginale e al parametrio destro.	Discreto.
303	20. VI. 1889.	Barsotti Lucca. 5.° caso.	—	Stenosi pelvica di 2.° grado.	Incipiente gangrena u Quasi agonizzante.
304	28. VI. 1889.	Spaeth Hamburg.	30 anni, IIpara.	Restringimento cicatriziale della vagina di alto grado.	Favorevole.
305	13. VII. 1889.	G. Braun Wien. 8.° caso.	31 anni, Ipara.	Bacino pseudo-osteomalacico. C. V. 7,5 cent.	Favorevole.
306	17. VII. 1889.	J. F. Baldwin Columbus-Ohio.	24 anni, Ipara.	Bacino rachitico (nana). C. V. 1 poll. e 1/4,	—
307	22. VII. 1889.	Lihotzky Wien. 2.° caso.	41 anni, XIpara.	Bacino osteomalacico.	Sfavorevole. Già inco fezione.
308	19. VIII. 1889.	Black New-Castle. Delaware.	27 anni, Ipara.	Bacino rachitico (nana). C. V. al massimo 3 cent.	Discreto.
309	12. IX. 1889.	Robertson Porto Said.	25 anni, Ipara.	Bacino rachitico. Spazio utile 3 cent.	Durata antecedente prapparto un giorno
310	13. IX. 1889.	De Navasquez Lucca.	28 anni, Ipara.	Bacino rachitico. C. V. 6-6,5 cent.	Favorevole.
311	18. IX. 1889.	Sacchi Cremona. 2.° caso.	24 anni, Ipara.	Bacino totalmente e regolarmente ristretto. C. V. 6,3 cent.	Favorevole. Travag iniziato. Acque cola

Particolari ll'operazione	Esito		Osservazioni	Nota bibliografica
	Madre	Feto		
traper. come nel caso lell'Oper.	Guarigione.	Vivo.	Era stata operata in gravidanza di raschiamento e cauterizzazione con cloruro di zinco per epitelioma della cervice. Gravidanza non giunta perfettamente a termine. Morte del feto poche ore dopo la nascita. La donna moriva pei progressi del carcinoma il 22. II. 1890.	*Annali di Ost.*, 1890, pagine 216-24.
traper.	†	†	Erano state fatte, per l'impossibilità del rivolgimento, pratiche embriotomiche multiple ed infruttuose. Causa della morte: peritonite e collasso.	Truzzi, *Annali di Ost.*, 1890.
el peritoneo parietale erale. Alcuni punti di comprendenti il pedunle pareti addominali. tallica.	Guarigione.	Vivo.	—	*Münch. med. Woch.*, 1889, N. 44.
traper. come nei casi ell'Oper.	»	»	Puerperio morboso per leggiera irritazione peritoneale e parotidite epidemica.	Comunic. dell'Oper. alla Soc. Ost. Gin. di Vienna nella seduta del 22. X. 1889. *Wien. klin. Woch.*, 1890, N. 2, p. 67.
traper. Drenaggio ade.	»	»	—	*Med. News*, Philadelphia, 1890, August 9, p. 138.
traper.	†	† premorto.	Causa della morte, avvenuta in 5.ª giornata: sepsi.	Comunicaz. di Lihotzky alla Soc. Ost. e Ginec. di Vienna nella tornata del 5. XI. 1889. *Centr. für Gyn.*, 1890, N. 3, p. 50; e comun. epistol. dello stesso in data del 25. VIII. 1892.
traper.	»	Vivo.	Nel legamento largo destro fu trovata una cisti ed una più piccola nel paraovario sinistro. Durante l'operazione gran perdita di sangue. La donna soccombeva in 3.ª giornata per esaurimento.	*Med. News*, Philadelphia, 1889, p. 480-82.
dei legamenti larghi e ne del moncone mercè re con catgut. Affonda-	»	»	Causa della morte, avvenuta in 3.ª giornata: peritonite.	*Brit. med. Journ.*, 1889, Nov. 2, p. 982.
traper. Costrizione con i Cintrat.	Guarigione.	»	—	Truzzi, *Annali di Ost.*, 1890; e comunic. epist. dell'Oper. in data del 5. VII. 1892.
ntazione del moncone Costrizione dello stesilo di seta di Firenze. traper. Drenaggio ad- dello spazio di Dou-	†	»	Causa della morte: peritonite.	Truzzi, *Annali di Ost.*, 1890; e comunic. epist. citata.

Numero progr.	Data	Operatore e località	Età Num. dei parti	Indicazione	Stato della d nel moment della operazi
312	22. IX. 1889.	Leopold Dresden. 6.° caso.	29 anni, Ipara.	Emorragia infrenabile ex atonia uteri a seguito di taglio cesareo conservatore fatto a causa di bacino rachitico universalmente ristretto. C. V. 5,75 cent.	Sfavorevole.
313	24. IX. 1889.	Truzzi Milano. 7.° caso.	29 anni, IVpara.	Bacino osteomalacico	Assai deperito. In parto da molte ore que colate.
314	5. X. 1889.	M. Scibelli Napoli.	Multipara.	Bacino osteomalacico.	Sfavorevole. La do affetta da tabe, ata scolare e rigidità ar
315	9. X. 1889.	Chrobak Wien.	32 anni, VIIpara.	Bacino osteomalacico.	—
316	10. X. 1889.	Leopold Dresden. 7.° caso.	38 anni, Ipara.	Carcinoma colli uteri diffuso ai fornici vaginali e ai parametrii.	Sfavorevole.
317	11. X. 1889.	Beaucamp Köln.	28 anni, Vpara.	Bacino rachitico. C. D. 7,5 cent.	Favorevole.
318	14. X. 1889.	Giommi Cesena. 2.° caso.	23 anni, Ipara.	Bacino rachitico (infantile). C. V. 4 cent.	Favorevole. Inizio vaglio; membrane
319	14. X. 1889.	Zweifel Leipzig. 2.° caso.	41 anni, Vpara.	Bacino osteomalacico.	Sfavorevole. Acqu dalla mattina antec
320	27. X. 1889.	W. R. Prior New-York.	42 anni, Ipara.	Ostruzione pelvica da mioma del collo uterino. Miomi interstiziali del corpo.	Sfavorevole. Incoa cemia.
321	13. XI. 1889.	Roncaglia Modena.	—	Contenuto uterino fetidissimo. Indicaz. del taglio cesareo: bacino rachitico. C. V. 6,5 cent.	Sfavorevole. Durat del travaglio un membrane rotte.
322	25. XI. 1889.	Martinetti Firenze.	37 anni, Ipara.	Cattiva conformazione del canale vulvo-vaginale.	Favorevole.
323	4. XII. 1889.	Saenger-Donat Leipzig.	34 anni, Vpara.	Ostruzione pelvica da miomi del collo dell'utero; miomi del corpo.	Ancora favorevole. prematura delle m da due giorni.

Particolari ell' operazione	Esito		Osservazioni	Nota bibliografica
	Madre	Feto		
xtrap. come nei casi an- ll'Oper.	Guarigione.	Vivo.	—	Muenchmeyer, loco cit.
xtraper. come nei casi denti dell'Oper.	»	»	Guarigione dell'osteomalacia.	*Annali di Ostetr.*, 1890.
extraper. Costrizione me- con serranodi.	»	»	In 11.ª giornata fu tolto l'ago e l'apparecchio costrittore per insorti fenomeni di opistotono.	Truzzi, *Ann. di Ostetr.*, 1890.
extraper.	»	»	—	Comunic. di Lihotzky alla Soc. Ost. e Gin. di Vienna nella tornata del 5. XI. 1889. *Centralbl. für Gynäk.*, 1890, N. 3, p. 50; e comunic. epistol. dello stesso.
extraper. come nei casi dell'Oper.	»	† premorto.	—	Muenchmeyer, loco citato.
ione del moncone col pro- di Frank.	»	Vivo.	—	Loco cit., *Arch. für Gynäk.*, Bd. XL, Hft. 1.
extraper.	»	»	—	Truzzi, *Annali di Ost.*, 1890; e comunic. epist. citata.
intraper. del peduncolo rocesso dell' Oper.	»	† premorto.	Puerperio brevemente morboso per infiltrazione flemmonosa delle pareti addominali.	Loco cit.
extraper. Costrizione me- a con serranodi Cintrat.	†	† premorto.	La donna moriva dopo 3 giorni per setticemia.	*Amer journ of Obst.*, May 1890, p. 523.
extraper.	»	Vivo.	Causa della morte: shock tardivo.	Truzzi, *Annali di Ost.*, 1890.
izione del moncone con lac- lastico, che, per impedirne ivolamento, vien fissato al uto uter. mediante 4 punti seta. Affondamento.	Guarigione.	»	—	« Il laccio elastico nel governo intraperitoneale del peduncolo. » *Annali di Ost.*, 1889.
ura a strati del moncone e ra siero-sierosa con affron- ento del peritoneo in super- con filo di seta. Affonda- to. Drenaggio addominale.	»	»	—	Comunic. di Donat. alla Soc. Ost. Gin. di Lipsia nella tornata del 16. XII. 1889. *Centralbl. für Gynäk.*, 1890, N. 29; e *Frommel's Jahresbericht*, etc. (1889) 1890, p. 312.

Numero progr.	Data	Operatore e località	Età Num. dei parti	Indicazioni	Stato della do nel momento della operazio
324	17. XII. 1889.	G. Braun Wien. 9.° caso.	24 anni, IIpara.	Rottura incompleta del segmento inferiore, la quale durante lo sprigionamento del feto, dopo la laparotomia, si fa completa. Osteosarcoma del distretto inferiore. Il tumore estirpato in seguito da Billroth fu caratterizzato per un fibroma avente come punto di partenza la parete sinistra della vagina.	Sfavorevole. Durata del travaglio più d'u no. Membrane rott l'inizio del soprap Tentativo di forcipe.
325	21. XII. 1889.	Kunz Baselland.	28 anni, IVpara.	Bacino osteomalacico.	Molto debole.
326	28. XII. 1889.	G. Braun Wien. 10.° caso.	33 anni, Vpara.	Bacino osteomalacico.	Discreto. Inizio dei due giorni avanti; r delle membrane lo giorno del comincia del soprapparto.
327	1889.	C. M. Ullman Göteborg.	39 anni, Ipara.	Fibromyoma multiplex et kystoma intralig. ovarii dextri.	Discreto. Parecchi gi travaglio.
328	2. I. 1890.	Heinricius Helsingfors.	24 anni, Ipara.	Incoata infezione. Indicazione del taglio cesareo: Bacino piatto-rachitico, universalmente ristretto (nana). C. V. all'autopsia 5,5 cent.	Sfavorevole.
329	4. I. 1890.	G. Braun Wien. 11.° caso.	35 anni, VIpara.	Bacino osteomalacico.	Discreto. Travaglio ciato il giorno in Membrane integre.
330	4. I. 1890.	G. Raineri Vercelli.	34 anni, Ipara.	Bacino lordo-scoliotico da rachitide. C. V. 2,5-3,0 cent.	Sfavorevole. Sacco ar co rotto da qualche no; travaglio perc ancora iniziato.
331	31. I. 1890.	Staude Hamburg.	30 anni, Ipara.	Bacino ristretto in senso obliquo. Metà sinistra angustissima. (Coxalgia destra nell' infanzia) C. D. 8 cent.	Favorevole. Travagl avviato.

Particolari ell' operazione	Esito		Osservazioni	Nota bibliografica
	Madre	Feto		
xtraper. come nei casi dell'Oper.	Guarigione.	Vivo.	L'estremità inferiore della lacerazione peritoneale non era tale da potersi riunire sicuramente con sutura. In puerperio cistite e pneumonite ipostatica.	Comunic. dell'Oper. alla Soc. Ost. Gin. di Vienna nelle tornate degli 11. II. e 13. V. 1890. *Wien klin. Woch.*, N. 13 e 30, 1890.
one elastica del moncone. extraper.	»	»	—	Straehl, *Corr.-Bl. für Schweizer Aerzte*, 1. Oct. 1890, p. 635.
xtraper. come nei casi dell'Oper.	»	†	Il travaglio s'iniziava al 6.° mese (lunare) di gestazione; ad onta di ciò, a causa della considerevole stenosi pelvica, si dovette far ricorso al taglio cesareo.	Comunic. dell'Oper. alla Soc. Ost. Ginec. di Vienna nella tornata degli 11. II. 1890. *Wien. klin. Woch.*, 1890, N. 13.
xtraper. Enucleazione del a.	†	Vivo.	La punzione della cisti dalla via della vagina diede luogo all'uscita di poco sangue nerognolo. La donna morì in 61.ª giornata per ileus. L'autopsia dimostrò una totale torsione di un'ansa intestinale fissata alla parete del bacino nel punto in cui questa era stata privata del rivestimento peritoneale pel fatto dell'enucleazione della cisti.	*Hygica*, Vol. 51.°, 1889, N. 12, p. 729.
xtraper.	»	† asfittico, non rianimato.	La paziente soccombeva dopo 5 giorni per peritonite generalizzata.	*Finska Läkares ällskapets handlingar*, 1890, Vol. XXXII, N. 4, p. 232-36.
xtraper. come nei casi dell'Oper.	Guarigione.	Vivo.	—	Comunic. alla Soc. Ost. e Gin. di Vienna nella tornata degli 11. II, 1890. *Wien klin. Wock.*, 1890, N. 13.
ne del moncone con l'é- di Chassaignac e con nse di filo di seta di Fi- Cucitura del peritoneo le con quello del pe- .	»	† premorto.	—	*Rivista di Ost. e Gin.*, 1890. N. 4, p. 49-57.
ne del moncone con lac- tico. Sutura del peri- arietale con quello del e con catgut. Tratt. ex-	»	Vivo.	—	« Einige Bemerkungen zur Technik und Indication des Kaiserschnittes. » *Deutsch. med. Woch.*, 1891, N. 41, p. 1149.

Numero progr.	Data	Operatore e località	Età Num. dei parti	Indicazione	Stato della do nel momento della operazio
332	3. II. 1890.	Frank Köln. 3.° caso.	31 anni, IIIpara.	Bacino piatto-rachitico, universalmente ristretto. C. D. 8,5 cent.	Favorevole.
333	6. II. 1890.	Schauta Prag. 3.° caso.	—	Bacino osteomalacico.	Discreto.
334	24. II. 1890.	Beaucamp Köln.	28 anni, IIIpara.	Bacino osteomalacico.	Sfavorevole. Molto d
335	10. III. 1890.	Frank Köln. 4.° caso.	36 anni IXpara.	Bacino angusto. C. D. 8,5 cent.	Sfavorevole. Debole. mina nelle orine. D gli otto giorni che derono all'operazion fuse emorragie.
336	13. III. 1890.	Cullingworth London.	25 anni, IIIpara.	Em orragia infrenabile ex atonia uteri a seguito di taglio cesareo conservatore fatto per causa di angustia pelvica da rachitismo. C. V. quasi 6 cent.	Sfavorevole.
337	14. III. 1890.	Loehlein Giessen.	33 anni, Ipara.	Bacino osteomalacico.	Discreto. Travaglio iniziato.
338	20. III. 1890.	G. Rothwell-Adam Victoria (Australia).	16 anni, Ipara.	Bacino angusto. C. V. 5,7 cent.	Favorevole.
339	25. III. 1890.	W. Cadge Norwich-Nolfolk.	27 anni, Ipara.	Bacino rachitico (nana). C. V. non superiore ad un pollice e 1[2.	Favorevole.
340	29. III. 1890.	Staude Hamburg. 2.° caso.	Ipara.	Tumore del bacino.	Favorevole. Orificio quasi completamen tato.
341	18. IV. 1890.	Poncelet	IIpara.	Bacino scoliotico. C. V. 5,5 cent.	Sfavorevole. Emorra l'utero.
342	19. IV. 1890.	G. Braun Wien. 10.° caso.	38 anni, VIIIpara.	Bacino osteomalacico.	—

Particolari dell' operazione	Esito		Osservazioni	Nota bibliografica
	Madre	Feto		
sione del peduncolo col pro- dell'Oper.	Guarigione.	Vivo.	—	Beaucamp, *Arch. für Gynäk.*, Bd. XL, Hft. 1, 1891.
extraper.	»	»	Operazione due settimane prima del termine della gestazione, fuori travaglio.	*Wien. med. Presse*, 1890, N. 27, p. 1094; e comunicaz. epistolare dell'Oper. in data del 26. VIII. 1892.
sione del peduncolo col esso di Frank.	»	»	—	Loco cit.
sione del peduncolo col esso dell'Oper.	†	»	Causa della morte, avvenuta in 4.ª giornata: peritonite.	Beaucamp, loco cit.
. extraper.	Guarigione.	»	Il taglio cesareo fu praticato avanti lo inizio del travaglio, 8 giorni prima del termine della gravidanza.	Caso riferito alla Soc. di Ost. di Londra nella tornata del 2. IV. 1890. *Trans. of. Obst. Soc. of London*, 1890, p. 135.
tura e separazione degli an- si su ambo i lati. Sutura del cone in 3 strati in direzione ttale, e cucitura dello stesso 3.° inferiore della ferita in o da riunire la sierosa del cone con la parietale mercè punti di catgut. Dopo la zione del laccio elastico, ora alcuni punti di sutura seta passati attraverso le eti addominali e il moncone.	»	»	La gravidanza era nella 1.ª quindicina del 9.° mese. Miglioramento notevole dell'osteomalacia.	Loco cit., p. 30-34.
t. extraper. Costrizione col np di Lawson Tait.	»	»	Operazione avanti l'inizio del travaglio.	*Austr. med. Journ.*, 1890, Juli 15, p. 300-4.
t. extraper. del peduncolo. trizione metallica con ser- odi.	»	† asfittico, muore dopo 4 ore.	Operazione a termine di gestazione prima dell'inizio del travaglio. In puerperio pleurite purulenta.	*Brit. med. Journ.*, 1890, II, 139-41.
t. extraper. come nel caso ced. dell'Oper.	»	Vivo.	—	Loco citato.
t. extraper.	»	»	—	*Bull. de l'Assoc. belge de Gynéc.*, 1890, N. 6. Riv. in: *Ann. de Gyn.*, 1890, p. 478.
tt. extraper.	»	»	—	Comunic. dell'Oper. alla Soc. Ost. Gin. di Vienna nella tornata del 10. VI. 1890. *Wien. klin. Woch.*, 1890, N. 31.

Numero progr.	Data	Operatore e località	Età Num. dei parti	Indicazione	Stato della d nel moment della operazi
343	19. IV. 1890.	Riedinger Brünn. 8.° caso.	33 anni, VIpara.	Bacino osteomalacico.	Sfavorevole. Nutrizio duta. Esaurimento.
344	19. IV. 1890.	Fasola Firenze. 2.° caso	29 anni, IVpara.	Presentazione del tronco con braccio e funicolo procidenti. Tetano dell'utero con minaccia di rottura. Già incoata infezione.	Sfavorevole. Durata prapparto 3 giorni Molti tentativi di ve nei quali si strap piede.
345	28. IV. 1890.	Cosentino Palermo.	27 anni, IIpara.	Bacino osteomalacico.	Favorevole.
346	30. IV. 1890.	J. H. Croom Edinburgh.	—	Bacino angusto (nana). C. V. 1 poll. e 1[2.	Favorevole.
347	10. V. 1890.	G. Braun Wien. 11.° caso.	43 anni, VIpara.	Bacino pseudo-osteomalacico. C. V. quasi 6 cent.	Sfavorevole. Tentati forcipe a domicilio.
348	13. V. 1890.	Staude Hamburg. 3.° caso.	26 anni, Ipara.	Emorragia infrenabile ex atonia uteri a seguito di taglio cesareo conservatore fatto per tumore ovarico, che colmava lo scavo, irreponibile.	—
349	13. V. 1890.	G. Braun Wien. 12.° caso.	43 anni, Xpara.	Bacino osteomalacico.	Discreto.
350	17. V. 1890.	H. Walker Toronto (Canada).	36 anni, Ipara.	Bacino piatto. C.V. 2,25 cent.	Sfavorevole. 2 giorni d vaglio.
351	10. VI. 1890.	Lawson Tait Birmingham.	—	—	—
352	24. VII. 1890.	J. Taylor Londra.	24 anni, Ipara.	Bacino rachitico. C. V. 1 1[2 poll.	Favorevole.

Particolari ell' operazione	Esito		Osservazioni	Nota bibliografica
	Madre	Feto		
xtraper. come nel caso . dell'Oper.	Guarigione.	Vivo.	—	Caso inedito. Comunic. epistol. citata.
xtraper.	»	† premorto.	Nei primi giorni di puerperio decorso regolare; indi gangrena del moncone con febbre alta e diarrea; in ultimo formazione di una fistola intestinale (intestino crasso).	Colella, *Lo Sperimentale,* ottobre 1890, pagine 381-90.
zione imbutiforme del- o e resezione per circa la parete muscolare del colo; legatura di tutti i l moncone; chiusura con seta del canale cervicale nanza dell'orificio uterino ; introflessione dei lem- ri della sierosa e sutura itoneale a sopragitto con N. 3. I legamenti larghi o trattati separatamente. amento del moncone.	»	Vivo.	—	« Contributo alla casuistica ed alla tecnica della ovaro-isterectomia cesarea. » *Sicilia Medica,* Anno II, fasc. VIII.
one elastica del moncone. extraper.	»	»	—	*Edinb. med. Journ.,* 1891, April.
xtraper.	»	»	—	Comunic. dell'Oper. alla Soc. Ost. Gin. di Vienna nella tornata del 10. VI. 1890, *Wien. klin. Woch.,* 1890, N. 31.
asportato il tumore ova- ne apparteneva all'ovaio o e che era intraligamen- non che l'altro ovaio tra- to anche in tumore, della zza di una mela. Tratt. come nei casi preced. per.	»	»	—	Loco citato.
xtraper.	»	»	—	Com. dell'Oper. alla Soc. Ost. Ginec. di Vienna nella tornata del 10 giugno 1890. *Wien. klin. Woch.,* 1890, N. 31.
extraper.	»	†	—	*Annals of Gynaec. and. Pediat,* Philad., 1890-91, IV, p. 146-48.
one del moncone con tu- stico. Ago lanceolato at- so la cervice comprenden- ubo.	»	Vivo.	—	J. Reeves Jackson. « Note on a case of amputation of the pregnant uterus. » *Berlin. klin. Woch.,* N. 31, 4 August 1890, p. 711-12.
extraper. Costrizione con metallica montata su ser- .	»	»	Operazione in 9.° mese di gravidanza, a travaglio non ancora iniziato.	*Brit. med. Journ.,* 1890, Sept. 27, p. 736.

Numero progr.	Data	Operatore e località	Età Num. dei parti	Indicazione	Stato della d nel moment della operazi
353	9. VIII. 1890.	G. Braun Wien. 13.° caso.	30 anni, VIpara.	Bacino osteomalacico.	Molto spossato. Dur teced. del travaglio 24 ore.
354	18. VIII. 1890.	Giommi Cesena. 3.° caso.	29 anni, Ipara.	Bacino ristretto. C. V. 6 cent. Gravissima cifosi.	Favorevole.
355	26. VIII. 1890.	Riedinger Brünn. 9.° caso.	27 anni, Ipara.	Bacino rachitico. C. V. 5,5 cent.	Favorevole.
356	28. VIII. 1890.	Lawson Tait Birmingham.	IIpara.	Bacino ristretto.	Favorevole. Soprapp bastanza progredito
357	31. VIII. 1890.	K. A. Herzfeld Wien.	34 anni, VIIpara.	Bacino osteomalacico.	Discreto. Travaglio i
358	16. IX. 1890.	Frank Köln. 5.° caso.	29 anni, IVpara.	Bacino rachitico. C. D. 7,5 cent.	Favorevole.
359	29. IX. 1890.	A. Martino Napoli. 2.° caso.	30 anni, IVpara.	Bacino osteomalacico.	Discreto.
360	15. X. 1890.	Frank Köln. 6.° caso.	36 anni, VIpara.	Bacino osteomalacico.	—
361	17. X. 1890.	W. E. Ashton Philadelphia.	25 anni, Ipara.	Stenosi congenita della vagina.	Favorevole.
362	25. X. 1890.	Everke Bochum i. W.	VIIIpara.	Bacino osteomalacico.	Discreto. Inizio del glio. Membrane rot
363	30. X. 1890.	C. Hennig Leipzig.	IIIpara.	Bacino ristretto. Le cicatrici estese ed irregolari del collo consecutive alle precedenti craniotomie lasciavano temere una rottura uterina nel soprapparto.	Favorevole.

Particolari ell' operazione	Esito		Osservazioni	Nota bibliografica
	Madre	Feto		
extraper.	Guarigione.	Vivo.	La donna dopo 2 mesi dall'operazione era libera dai dolori e poteva deambulare senza sostegno.	Comunic. dell'Oper. alla Soc. Ost. Gin. di Vienna nella tornata del 14 ottobre 1890. *Wien. klin. Woch.*, N. 49.
extraper. come nei casi dell'Oper.	†	»	L'operata moriva di setticemia per mortificazione centrale del moncone.	Comunic. epistolare dell'Oper. in data del 2 settembre 1892.
extraper. come nei casi dell'Oper.	Guarigione.	»	—	Caso inedito. Comunic. epist. citata.
extraper. come nei casi l. dell'Oper.	»	»	Questa donna fu operata il 16 maggio 1886 di parto cesareo da Th. Forster, di Daventry; in seguito le fu provocato lo aborto per tre volte in 5.° mese.	« The after-history of a case of caesarean section. » *The Lancet*, 1890, oct. 11, p. 766.
del peduncolo come nei i C. Braun.	»	»	La gravidanza era nella 36.ª settimana. In seguito la donna non soffriva più dolori e deambulava bene.	Comunic. dell'Oper. alla Soc. Ost. Gin. di Vienna nella tornata del 14 ottobre 1890. *Wien. klin. Woch.*, 1890, N. 49.
del peduncolo col processo l'Oper.	»	»	—	Beaucamp, loco cit.
extraper. Costrizione del ne con serranodi.	»	»	Operazione 5 giorni prima del termine della gravidanza, a travaglio non ancora iniziato. Il feto moriva dopo 3 giorni.	*Gl' Incurabili*, 1891, pagine 21-25.
del moncone col processo per.	»	»	—	Beaucamp, loco cit. e comunic. epist. dello stesso in data del 29. VIII. 1892.
extraper.	»	»	Gravidanza vicino al termine. Travaglio non ancora iniziato.	*Med. News*, Philad., 1891, p. 369-71.
ne suturato in senso anosteriore mercè punti pro- e superficiali con seta. uncolo vien poscia fissato nte alcune legature in all'angolo inferiore della e i peduncoli dei lega- larghi compressi fra det- ature; il peritoneo parie- u saturato col viscerale.	»	»	Dopo 15 mesi la paziente si poteva dir guarita dell'osteomalacia.	*Deutsch. med. Woch.*, 1890, N. 4, p. 73.
ione elastica del moncone, trizione metallica mercè nodi. Segmentazione in tre oni con filo di seta. Tratt. per.	»	† dopo un'ora a causa di emorragia endo-addominale.	Soggetto idiota. Operazione al principio del 9.° mese. Nelle prime 24 ore si ebbe due volte emorragia dal peduncolo, per cui fu mestieri applicare alcune legature.	Comunic. dell'Oper. alla Soc. medica di Lipsia nella tornata del 28. IV. 1891. *Schmidt's Jahrb.* 1891, N. 6, p. 271-72.

Numero progr.	Data	Operatore e località	Età Num. dei parti	Indicazione	Stato della d nel momen della operaz
364	X. 1890.	Lesi Imola. 3.° caso.	28 anni, Ipara.	Parto podalico. Testa rimasta dentro, non potuta estrarre. Decapitazione. Impossibilità di estrarre la testa col forcipe e con gli uncini.	Sfavorevole.
365	1. XI. 1890.	Porro Milano. 9.° caso.	35 anni, XIIpara.	Bacino osteomalacico.	Oltremodo denutrit ferente.
366	10. XI. 1890.	L. Landau Berlin.	28 anni, Ipara.	Mioma retro-cervicale e retro uterino. Miomi multipli del corpo.	Favorevole. Durata del travaglio 18 or quasi tutte colate.
367	11. XI. 1890.	G. G. Maclaren Debra Dun. N. W. India.	22 anni, Ipara.	Bacino angusto (probabilmente osteomalacico).	Sfavorevole. Sopra 4-5 giorni. Tetanus
368	27. XI. 1890.	Wyder Zürich. 3.° caso.	34 anni, Ipara.	Emorragia infrenabile ex atonia uteri a seguito di taglio cesareo conservatore fatto per bacino piatto. C. V. 9-9 1[4 cent.	Sfavorevole. 4 gior vaglio. Cercine di zione molto in al tativi di forcipe.
369	16. XII. 1890.	M. Runge Göttingen.	41 anni, IXpara.	Bacino osteomalacico.	Discreto. Travaglio iniziato. Vitium c
370	27. XII. 1890.	Poten Celle.	37 anni, Vpara.	In agone.	La paziente, in grave osteomalaci giorni era stata as pleuro-pulmonite.
371	1890.	Giusani.	20 anni, Ipara.	Bacino angusto. Diam. coccipubico meno di 2 pollici.	Sfavorevole. Tent forcipe e di versi niotomia.

Particolari ell' operazione	Esito		Osservazioni	Nota bibliografica
	Madre	Feto		
con cordoncini di seta. extraper.	Guarigione.	†	—	*Il Raccogl. medico*, Forlì, 10 gennaio 1891.
xtraper. come nei casi denti dell'Oper.	†	† asfittico, non rianimato.	In principio del 9.° mese di gestazione, a seguito d'improprio esame digito-vaginale, s'inizia insistente perdita sanguigna dai genitali e si dichiara il travaglio. La morte avveniva in 4.ª giornata. All' autopsia non si trovano tracce di peritonite, e il decesso si lega alla sepsi accompagnata da imponente meteorismo.	A. Bertazzoli. « Rendiconto clinico ecc. » *Annali di Ostetr.*, 1891, p. 430-31 e 436.
a strati del moncone ed amento.	Guarigione.	Vivo.	—	Th. Landau « Zur Behandlung der durch Myome komplicirter Schwangerschaft und Geburt. » *Volkmann's Sammlnung klin. Vortraege*, N. 26 (Neue Folge).
one del moncone con lacstico. Tratt. extraper.	»	† premorto.	Decorso post-operativo normale, se se ne eccettui un leggiero timpanismo nei primi 2 giorni.	*Brit. med. Journ.*, 1891, March 7.
xtraper.	»	† asfittico, non rianimato.	Inciso l' utero, venne fuori del liquido amniotico decomposto, estremamente fetido.	« Bericht über 32 Laparotomien etc. » *Corr.-Blatt f. Schweiz. Aerzte*, 1891.
a piani del moncone ed amento.	»	Vivo.	In puerperio catarro bronchiale intenso.	*Arch. f. Gyn.*, Bd. XLI, Hft. 1 e 2, p. 116-21.
one elastica del pedunTratt. extraper.	†	»	Il decesso si verificò il giorno appresso a seguito della pleuropolmonite.	« Zur Technik und Prognose des conservativen Kaiserschnittes. » *Arch. f. Gyn.*, Bd. XL, Hft. 3, 1891; e comunic. epist. dell'Oper. in data del 25. VIII. 1892.
extraper.	»	† premorto.	Causa del decesso: esaurimento, collasso.	Comunic. dell'Oper. alla Soc. med.-chir. di Cork nella tornata del 23 novembre 1890. *Brit. med. Journ.*, 1890, Jan. 3.

(Continua).

RASSEGNA

LEOPOLD. — **Zwei Symphyseotomien mit glücklichem Ausgang für Mutter und Kind** *(Due sinfisiotomie con esito felice per la madre ed il feto)*. — *Centralbl. für Gynäk.*, 1892, N. 30, pag. 585-88.

L'A. spinto dagli splendidi risultati ottenuti in questi ultimi tempi con la sinfisiotomia, specie nella clinica del prof. Morisani, volle anche egli tentare quest' operazione in due donne affette da vizio pelvico (C. V. 6 3|4 cent.). In entrambi i casi l'esito fu completamente favorevole per la madre e pel feto. Il processo operativo usato dal Leopold, per quanto riguarda il taglio delle parti molli e l'apertura della sinfisi, è conforme a quello da me eseguito e raccomandato (Vegg. il mio « Contributo alla pratica della sinfisiotomia. » *Ann. di Ost.*, 1892, fasc. di aprile): pare che l'Oper. abbia fatta anche la sutura dell'articolazione, ma, in qual modo, non è detto chiaramente. L'A. arriva alla conclusione esser del tutto inutile il taglio del ligamento sotto-pubico, il che non sembra, perciocchè in tal modo non si verrebbe ad ottenere, nel maggior numero dei casi, un sufficiente divaricamento dei pubi. E poi, per qual ragione non recidere anche il suddetto legamento, e togliere così ogni barriera al libero passaggio della testa del feto? Inoltre il Leopold porta opinione non esser neppure sempre necessaria la sezione dell'intera articolazione, poichè già dopo il taglio di metà, o dei tre quarti di essa, gli estremi pubici si allontanano di 3 cent. « Siccome nei bacini che qui sono in quistione, dice L'A., a seguito della rachitide le direzioni della sinfisi e delle vertebre superiori del sacro convergono fortemente in sopra, vale a dire che l'ostacolo principale per l'impegno della testa risiede nel troppo rientrare in dentro della porzione superiore della sinfisi (?), così vale solo di tanto aprire la porta, di quanto basta in un dato caso. » Epperò si propone in una nuova occasione di tagliare soltanto metà della sinfisi, di far allontanare i ginocchi, e di lasciare spingere la testa nello scavo. Or, ammesso che la metà inferiore della sinfisi resti intatta, tanto vale non tagliare l'articolazione, poichè il guadagno che si verrebbe ad ottenere sarebbe grandemente piccolo. E notisi che l'A. non vuol vedere più praticato il taglio cesareo al di sopra dei 6 centimetri, ciò che equivale a dire che il limite inferiore della sinfisiotomia debba essere abbassato fino alla detta cifra. Per altro, il lavoro del Leopold è abbastanza interessante, poichè mostra come anche in

Germania la sinfisiotomia cominci a rientrare trionfalmente nella pratica ostetrica (ai due successi di Leopold va aggiunto l'altro di Freund sen.), essendosi anche colà ottenuti gli stessi felici risultamenti che presso di noi. CARUSO.

KISCH. — **De la tachycardie de la ménopause**. — *Annales de Gyn. et Obst.*, juin 1891.

L'A. ha osservato a Marienbad numerosi casi di tachicardia nella donna all'epoca della menopausa, e non tanto nel periodo di mancanza quanto in quello in cui le regole cominciavano a venire irregolari e poco abbondanti. Uno dei sintomi sono le palpitazioni cardiache nelle fatiche, ed anche nel riposo, accompagnantisi a sensazioni di oppressione toracica, di battiti violenti alle carotidi ed all'aorta, di vertigini, sussurri d'orecchie, cefalee, e talora a fenomeni sincopali. Il polso da 120 a 150 con esagerazione sfigmografica del dicrotismo fisiologico. Le crisi di tachicardia appariscono ad intervalli brevi senza coincidere con uno stato anemico del sangue, come credettero Clément e Boerner, ma piuttosto con un notevole aumento nel procento della emoglobina.

L'affezione è di durata varia e di un pronostico benigno, poichè raramente sopravvive alla totale scomparsa dei mestrui.

Come terapeutica l'A. si loda dei blandi purganti, del soggiorno alla campagna, del riposo, della dieta tenue, o dell'idroterapia o del bromuro potassico a piccole dosi.

Come eziologia è possibile che le modificazioni che subiscono gli ovai ed i follicoli impressionino i filamenti terminali nervosi, da produrre dei riflessi irradiantisi al resto dell'organismo per la via del trisplacnico. DECIO.

A. GIOIA. — **Modo raro di lacerazione del funicolo**. — *Gazzetta degli Ospedali*, N. 65, 1891.

L'A. osservò lo strappamento del cordone in un caso di parto artificiale compiuto col forcipe in una donna viziata, essendo il feto in presentazione di vertice. La sezione del funicolo era netta come se fosse stata fatta da un corpo tagliente, ma poichè risiedeva a due centimetri dal bellico resta escluso che fosse stata prodotta dalla compressione esercitata dallo strumento. Avvenne quindi per strappamento causato probabilmente da una branca del forcipe, che allorquando fu ritirata condusse fuori dei genitali l'ansa placentare del cordone. Questo caso costituisce una rara eccezione alla legge che la lacerazione del funicolo dà luogo a superfici assai irregolari. F. VILLA.

NOTIZIE

Per l'XI Congresso Medico Internazionale — Roma, 1893. — Il largo lavoro di preparazione fatto in questi due ultimi mesi dal Comitato organizzatore presso tutte le nazioni straniere del mondo, ha già dato i migliori frutti di sè. Oramai sono assicurati il concorso e la collaborazione da parte degli scienziati di tutti gli stati, ed in questo modo è raggiunto il pieno scopo cui tendeva intanto l'opera del comitato centrale del Congresso.

Innanzi ad un tanto successo all'estero, i Medici italiani nè possono nè debbono rimanere indifferenti: ad essi spetta di dimostrare col loro largo concorso come abbiano intuita l'alta importanza scientifica e nazionale del prossimo convegno. — Gli è così, che noi volontieri facciamo nostra la sollecitazione, che il comitato organizzatore rivolge a tutti i Colleghi d'Italia che ancora non abbiano aderito al Congresso, perchè vogliano con sollecitudine accettare di farne parte.

La data definitivamente stabilita por la inaugurazione del Congresso è il 24 settembre del 1893; i lavori dureranno sino al primo dell'ottobre successivo.

Per gli schiarimenti, adesioni, ecc. indirizzarsi alla *Segreteria Generale dell'XI Congresso Medico Internazionale* presso la Clinica Medica, Ospedale di Pammatone — Genova.

BIBLIOGRAFIA

Cuzzi Alessandro. — **Trattato di ostetricia e ginecologia** (Casa editrice dott. Francesco Vallardi).

È con vera compiacenza che salutiamo la comparsa di un trattato italiano *completo* di ostetricia e ginecologia, dolenti che l'uso non troppo encomiabile di pubblicare a fascicoli separati opere di vasta mole, non ci permetta di fare una recensione bibliografica del trattato sopracitato, che non possiamo che annunciare indicando il piano e la divisione dell'opera stessa, che sarà divisa in tre parti, la prima delle quali comprenderà l'anatomia, lo sviluppo e la fisiologia dei genitali muliebri; la seconda parte l'ostetricia; la terza la ginecologia.

L'opera formerà 3 volumi di circa 600 pagine l'uno. — Il nome dell'autore, professore nella Università di Pavia, la grandissima dottrina che tutti gli riconoscono, sono arra sicura che avremo un'opera degna di rappresentare l'ostetricia e la ginecologia italiana accanto ai trattati più riputati di altre nazioni e monumento duraturo a testimonianza del sapere e dell'attività straordinaria ed infaticabile dell'autore che l'ha dettata. Sono usciti i primi fascicoli, e possiamo affermare come nessun altro trattato presenti condensati un maggior numero di fatti e di cognizioni precise.

Prof. Luigi Mangiagalli, *Direttore responsabile.*

Milano — Tip. L. F. Cogliati, Via Pantano, 26.

Anno XIV. Ottobre 1892. Num. 10.

ANNALI
DI
OSTETRICIA E GINECOLOGIA

R. SCUOLA PAREGGIATA DI OSTETRICIA IN MILANO
diretta dal Senatore Prof. E. Porro.

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS OF ENGLAND
14 DEC 92
LIBRARY

SULL' ECLAMPSIA PUERPERALE

PEL
Dott. F. VILLA
Assistente.

I rapporti fra albuminuria ed eclampsia ponno clinicamente essere classificati come segue:

1.° L'albuminuria è riscontrata nella gravida un tempo maggiore o minore prima dell'eclampsia.

2.° L'esame delle orine prima non mai praticato, mostra consecutivamente all'attacco, una quantità d'albumina per regola ragguardevole.

3.° Prima delle convulsioni non si trova l'albuminuria, che appare dopo uno o due accessi ed in grado generalmente crescente col numero degli attacchi.

4.° Vi è eclampsia senza albuminuria.

I primi due casi costituiscono la regola, nel quarto non si pensa a lesioni renali, e per il terzo punto, frequente sorge il dubbio se lo sconcerto uropoietico sia dato dal male, considerato nella sua essenza, o se invece dipenda dalle sue manifestazioni sintomatiche. Ma poichè non è raro il vedere che l'albuminuria, specie nelle gravide, scompare per qualche ora per riapparire in seguito, e poichè una vera malattia renale può passare inavvertita in causa del decorso subdolo, e della predetta eventuale saltuaria mancanza d'albumina nelle orine, così è che l'eccezione, assenza d'albuminuria preeclampsica, potrebbe attribuirsi a tale saltuarietà del sintomo e che lo sconcerto renale precedente l'attacco

convulsivo riuscirebbe ammissibile come costante, anche in questa terza serie di casi, se dati dall'anatomia patologica, e dello studio sperimentale, e se l'analogia dei fatti nella sintomatologia non permettessero di pensare ad un molteplice ordine di cose.

E l'analogia sta precisamente in questo, che si consideri poi l'eclampsia quale un'infezione od una forma nervosa od un'intossicazione, nelle malattie appartenenti a queste categorie, il sintomo albumina nelle orine si riscontra con frequenza e con intensità, a vero dire variabili, e sia che dipenda dal disordine dei centri nervosi o piuttosto dall'avvelenamento del sangue, ciascuna di queste eventualità può per il clinico provocare l'albuminuria. Infatti nelle malattie acute parassitarie (tifoide, polmonite, febbre ricorrente, ecc.), passeggiera od intermittente, in proporzione minima o notevole, non facilmente essa fa difetto nell'adulto, qualunque siano la loro localizzazione e la loro natura, ma purchè non restino allo stato d'abbozzo; e perciò le variazioni del grado dell'albuminuria stessa non dipendono dall'essenza, ma dall'intensità della malattia, tanto è che esiste un certo rapporto coll'altezza del movimento febbrile e che più il male ha un'inizio repentino e brutale e più l'albumina è precoce, onde mentre nella risipola e nella polmonite, la si riscontra dal secondo giorno, nella febbre malarica invece la si può ritrovare già durante l'accesso.

La causa del sintomo in discorso venne dagli autori attribuita all'influenza diretta od indiretta della febbre, all'alterazione del sangue od a quella del rene, oppure a pervertiti movimenti di nutrizione, e però su questo punto troviamo numerosissime ipotesi. Ricordo comechè meglio fondate e più opportune a qui citarsi, l'azione perturbatrice del rialzo termico sul rene, sia per l'intermediaria azione dei vasomotori, che per l'indebolimento diretto della sistole ventricolare, ed il rallentamento della corrente sanguigna e la diminuzione della pressione arteriosa da cui un afflusso insufficiente del sangue ossigenato e l'alterazione trofica dell'epitelio glomerulare, ed infine che l'elemento infettivo è secondo gli studii moderni il solo al quale spetta importanza patogenetica che gli impartirebbe l'irritazione e l'alterazione prodotta direttamente dai microbi.

Nel nostro caso si dovrebbe specialmente tener conto dell'aumento dell'urea, dell'acido urico, ecc., sostanze capaci di produrre o d'aumentare

un'albuminuria, e delle idee di Bouchard sulla escrezione di materiali albuminoidi provenienti da una combustione incompleta o pervertita.

Ma su questi punti la nostra attenzione non deve soffermarsi che un istante, e però collegando ad essi il pensiero che lo scatto dei sintomi eclampsici è improvviso, brutale, consideriamo brevemente, astrazione fatta da ogni teoria, che gli accessi provengono dall'eccitazione dei centri nervosi ai quali devesi riconoscere la produzione di alcune albuminurie. Nè solo la puntura del pavimento del quarto ventricolo diede a Bernard la manifestazione di siffatto sintomo, chè altre esperienze condotte sugli animali e specie sul coniglio dimostrarono che l'irritazione di un punto qualunque del sistema nervoso centrale o periferico può determinare il passaggio dell'albumina nelle orine, passaggio talora transitorio e d'ordine assolutamento nervo-vascolare, causando l'eccitazione riflessa sui reni un'azione vasomotoria « lo spasmo delle arterie renali da cui diminuzione dell'afflusso di sangue. » Perchè il noto sintomo si avveri nell'uomo è necessario che lo stimolo sia intenso ed agisca improvviso ed infatti uno *choc,* un colpo violento apportato al sistema nervoso può farlo apparire. Esiste qualche caso di albuminuria da nevralgia e pare anche da frattura degli arti e specie della coscia, ma è sopratutto nelle affezioni cerebrali *ad ictus* che l'esame uroscopico riesce positivo. La commozione cerebrale, la frattura del cranio, l'emorragia cerebrale sopratutto nelle forme gravi con innondazione ventricolare, gli accessi di manìa acuta ed anche il *delirium tremens,* sono seguìti con frequenza maggiore o minore dall'albuminuria che fu anche segnalata a brevissima distanza da *ictus* cerebrali lievi da embolismo. Ma non si tratta di fatti costanti e poichè per l'epilessia vi è una notevole controversia, tanto che da parecchi si nega persino la possibilità dell'albuminuria post-epilettica (1), e per gli attacchi isterici si dovrebbe fare pure un'eccezione assoluta, un eventuale legame da causa ad effetto fra eclampsia ed albuminuria apparirebbe poco probabile, od almeno assai incostante, anche perchè si ammette una certa quale affinità fra epilessia, isterismo ed eclampsia.

La questione del considerare l'albuminuria quale un momento se-

---

(1) Voisin e Pêron in un recente studio (*Archiv. de Neurologie,* 1889, N. 69) ammetterebbero costante l'albuminuria negli stessi individui.

condario nel quadro offerto dall'eclampsia fu dibattuta a lungo, e poichè è universale l'opinione che l'albumina cresce col succedersi degli accessi, prendendo di mira quelle circostanze e quei fatti che sono da considerarsi puramente quali epifenomeni delle convulsioni e che potrebbero spiegare l'apparsa dell'albumina e l'aumento nella sua quantità consecutiva agli attacchi convulsivi, ricerchiamo se la causa del sintomo in discorso può esistere nelle condizioni idrauliche che sono prodotte dalle convulsioni e cioè se si può attribuirla almeno parzialmente alle perturbazioni arrecate direttamente al circolo sanguigno, sia nell'altezza della pressione che nella velocità della corrente.

Le condizioni fisiche che ponno principalmente influenzare la filtrazione di un liquido, cioè a dire la sua trasudazione sotto una certa pressione, sono le variazioni di questa stessa pressione, la temperatura del liquido filtrante e la velocità della corrente, se si tratta di un liquido circolante; e queste diverse circostanze o potenze sono state studiate ed hanno dato luogo ad una serie di esperimenti che fornirono risultati concordi a quei dati che l'osservazione clinica e la fisiologica indurrebbero ad accettare. Limitandomi a riferire quelle nozioni che meglio sono acquisite e che mi riesce indispensabile il ricordare, dirò che le esperienze condotte su membrane filtranti dimostrerebbero la quantità assoluta dell'albumina filtrata essere più considerevole quando la pressione è debole chè non quando la pressione è forte (Runeberg, Lecorché), sebbene da taluni osservatori si opponga che l'aumento di pressione non faccia diminuire la quantità assoluta ma solo la quantità relativa dell'albumina (Bamberger).

Per riguardo alla velocità della circolazione, tutti ammettono che la quantità del filtrato è in rapporto diretto colla durata, ed in rapporto inverso colla rapidità dello scolo, ed unanime è l'accordo che l'elevazione della temperatura favorisca la filtrazione dell'albumina.

Ma nell'organismo vivente oltre alle leggi fisiche esistono altri elementi, l'attività dei quali o col cessare o col pervertirsi o coll'accrescersi può produrre cambiamenti notevoli nella copia e nella quantità dei prodotti di un dato sistema o di un dato viscere, e cioè devesi tener conto del complesso delle funzioni, della loro individuale complessità e dell'attività cellulare.

La questione fu pertanto portata nel campo della natura viva, e qui

lo studio sperimentale dei disturbi consecutivi ad ostacoli meccanici della circolazione renale, corroborato dall' osservazione degli effetti di sostanze medicinali d'azione ben definita (curaro) e delle influenze che esercitano talune malattie modificanti appunto la pressione sanguigna e la velocità della circolazione (enfisema polmonare, perdita di compenso nelle cardiopatie), condusse a stabilire la diminuzione della pressione arteriosa e della rapidità della corrente circolatoria, e viceversa l'ostacolo allo scolo del sangue venoso, indurre alterazioni trofiche dell' elemento secretore e quindi di seconda mano causare l'albuminuria. « Gli epitelii dei glomeruli divengono tanto più permeabili all'albumina quanto minore è la quantità del sangue arterioso che attraversa le anse dei glomeruli in una data unità di tempo (1). »

Ciò premesso, ripeto la domanda: i sintomi che precedono, caratterizzano e succedono all'attacco eclampsico sono capaci di produrre per via diretta e direi quasi meccanica, l'apparsa dell'albumina nelle orine?

Nel periodo prodromico si hanno sintomi che sono l'espressione di condizioni opposte a quelle or ora indicate, poichè tutto mostra come la tensione vasale sia in questo tempo assai aumentata. Infatti a lato dell'irriquietudine, della cefalea, dei disturbi visivi, ecc., si nota « che il polso è duro, sostenuto, con battiti supplementari forti e sostenuti, che vi è prolungamento del primo tono, sdoppiamento di esso alla punta, mentre alla base il primo tono è sordo ed il secondo sonoro, squillante » e lo sfigmografo segna un' onda molto elevata (2). È su questi dati che Peter, Senator, Mahomed, Barnes, ecc., sostennero erroneamente essere l'albuminuria in rapporto colla elevata pressione arteriosa, e poichè tale concetto è quello che meglio si adatta a spiegare il disturbo uropoietico seguendo la teoria di Traube-Rosenstein, che di questa alterazione circolatoria fecero uno degli elementi patogenetici dell'eclampsia, mentre non troviamo alcun nesso causale fra fenomeni prodromici degli accessi ed albuminurie, segnaliamo in pari tempo una valida obbiezione alla teoria anzi indicata.

Chi ha assistito un'eclampsica è senz'altro obbligato ad ammettere che la circolazione sanguigna debba essere turbata in modo tanto più

---

(1) Cohnheim. « Patologia generale. » 1885, vol. II, pag. 240.

(2) Barnes. « Traité d'obstétrique. » 1886, pag. 207.

profondo quanto maggiori sono la durata, l'intensità ed anche la frequenza colla quale l'accesso si ripete, ed in certa guisa anche proporzionatamente alla durata del coma. Nel periodo tonico abbiamo un crampo che invade tutto il corpo e quale fatto importantissimo la sospensione della respirazione, dovuta alla compartecipazione del diafragma e dei muscoli toracici a tale stato spasmodico, ed appaiono fenomeni evidenti d'asfissia nella tumefazione e nell'arrossamento cianotico del volto. L'azione muscolare inceppante la circolazione periferica e ricacciante il sangue verso la cavità splancnica va quindi ad aggiungersi alla pausa respiratoria, nella quale la circolazione venosa centrale viene a subire un grande rallentamento, che in taluni casi è spinto tanto oltre da arrecare la morte per asfissia, e di poi invece di ristabilirsi prontamente l'equilibrio fisiologico, a tale periodo di grave perturbamento ne segue un altro in cui la respirazione si effettua bensì, ma incompleta e ad intervalli, e cioè si verifica una condizione di cose favorevoli, ma solo relativamente alle precedenti, e però ben poco atto al ripristino al normale della circolazione. A ciò tiene ben spesso dietro, il sopore od il coma, e se nell'un caso la respirazione riprende presto il ritmo e la profondità fisiologica, nell'altro lo squilibrio dura più a lungo, e la cianosi persiste e le vene del collo rimangono turgide e l'ingombro polmonare in alcuni casi passa già ad un secondo stadio, alla congestione; che se ad un accesso ne seguono altri frequenti e forti, gli effetti dannosi si accumulano, maggiormente si rendono evidenti i sintomi della pletora venosa nell'edema polmonare, nella piccolezza del polso e nella diminuzione delle orine, e cioè crescono « i perturbamenti dell'ematosi e la quasi asfissia che fatalmente impedisce le combustioni intracapillari » (Hypolitte).

Se ciò che si ammette per le forme infettive, non trova una applicazione nell'albuminuria post eclampsica, perchè troppo repentina, e se l'azione termica non può godere che in alcuni casi di limitato credito, anche in vista delle infrequenti eccezioni alla legge di Bourneville (1),

---

(1) La febbre uremica già segnalata da Dumont, Damaschino, Bouveret, ecc., è recentemente confermata da Richerdion et Thérèse *(Revue de Médecine,* 10 décembre 1891), e Binat nel N. 10, 1891, della *Revue médical de la Suisse Romande* riafferma quanto già aveva annunziato relativamente all'esistenza nell'orina di una sostanza termogena. Viceversa numerose sono oramai le osservazioni di eclampsia perfettamente apirotica.

tuttavia ambedue queste influenze ponno portare direttamente od indirettamente un piccolo contributo all'azione combinata dall'influenza nervosa e circolatoria. Che se queste due forze non sono sempre intense, tuttavia tenendo conto anche dell'esagerazione e del pervertimento della contrazione muscolare, la quale nel caso d'attacchi subentranti potrebbe congiurare alla produzione del noto sintomo, nella cui genesi forse dovrebbero altresì inscriversi quelle lesioni epatiche che in oggi si ritengono caratteristiche dell'eclampsia, sembrerebbe che l'albuminuria non dovrebbe mancare in quei casi in cui gli accessi son validi e frequenti ed in ogni modo riuscirebbe evidente la ragione del suo aumentare consecutivo agli attacchi. Ma a contraddire a tutte queste vedute d'indole clinica e sperimentale in casi ormai numerosi l'albumina riuscì irreperibile, non solamente prima dello scoppio del male, ma anche per tutta la durata dello stato eclampsico, sia che questo passasse a guarigione oppure conducesse a morte, o solo apparve in traccie lievi in seguito ad accessi ripetuti e gravi o nel periodo agonico. Tali casi uniti a quelli in cui all'autopsia mancò il reperto di lesioni renali, valsero a far volgere il pensiero ad altro ordine d'idee.

L'assenza d'albuminuria parve sufficiente a scartare l'esistenza di ogni compartecipazione dell'apparato orinario, nell'eziologia di tale varietà d'eclampsia, eccezione fatta per la compressione degli ureteri, la di cui repentina e totale chiusura ne sarebbe per Löhlein (1) una delle più plausibili cause. Questa ipotesi appoggiata sui dati dell'Hermann (2) constatanti un ostacolo nell'uretere diminuire in ragione diretta della resistenza da esso offerta la quantità dell'orina segregata ed anche la quantità dei suoi principî solidi, e specialmente dell'urea, non richiederebbe neppure essa la lesione renale come antecedente e però servendo forse meglio a spiegare l'albuminuria consecutiva al parto e nello stesso tempo all'eclampsia, comporterebbe a breve distanza dell'accidente un reperto non più importante della semplice stasi renale.

Quindi se accessi di carattere identico e spesso di intensità maggiore, cui tiene pur dietro un uguale periodo di sopore o di coma e di per-

---

(1) Loehlein. *Zeitsch. f. Gebürts. und Gynäk.*, 1881.

(2) Hermann. Vedi Pinzani, « Sulla patogenesi dell'eclampsia puerperale. » *Rivista clinica*, 1886, pag. 444.

turbamenti delle funzioni psichiche nervose, circolatorie e respiratorie, aggravano di regola il sintomo dell'alterazione uropoietica preesistente e lo producono *ipso factu,* od al contrario riescono di nessuna azione sull'apparecchio secretore renale, segno è che l'albuminuria non è necessariamente causata dalla eclampsia, che non è dipendente dalle manifestazioni sintomatiche di essa, a meno che si abbia in alcuni casi una speciale facilità alle lesioni renali. Ma poichè per regola l'albuminuria è sintomo premonitorio ed è eccezione ben più rara della sua assenza in ogni tempo, il suo apparire solo dopo gli attacchi, così ritornerebbe ancora più probabile l'ipotesi dell'aggravarsi o del ridestarsi che farebbe un processo renale preesistente, anche se lieve, sotto l'influenza delle indicate perturbazioni. Pertanto a contraddire questa conclusione, pur riconfermando l'eventuale preesistenza di una forma renale decorrente senza sintomi speciali, riferisco un'osservazione che mi sembra assai interessante e che certamente è rarissima, giacchè le ricerche bibliografiche fatte non me ne fecero conoscere alcun'altra consimile:

N. N., è accolta nella Clinica alle 11 1[2 ant. del 15. 6. 1891, ed è iscritta al numero 304. È IIpara ben sviluppata e ben nutrita e trovasi in istato d'incoscienza consecutivamente ad accessi convulsivi sofferti nella notte e nel mattino. Le convulsioni eransi ripetute innumerevoli volte ed erano state anche violenti. Si riscontra che la gravidanza è nel corso dell'ottavo mese, che il feto è vivo e coll'estremo cefalico disceso nello scavo e che non vi è alcun accenno di travaglio. Le orine al calore ed all'acido nitrico non si intorbidano. Il sopore si va lentamente dileguando e la donna comincia a fornire qualche notizia anamnestica, quando alle 3 pom. scatta un accesso non per altro totalmente caratteristico per la mancanza del periodo tonico, ed allora si provoca subito il parto applicando la candeletta elastica e rompendo poi il sacco amniotico. Ma gli attacchi si succedono frequenti e forti, ed in quattro ore se ne contano sedici, a nulla giovando il bromuro potassico, il cloralio e la narcosi cloroformica, per cui ottenutesi nel frattempo, a mezzo della divulsione digito-strumentale e degli sbrigliamenti ripetuti, le condizioni permittenti, si ricorre al forcipe e mediante valide trazioni si estrae un feto asfittico che non fu rianimato e che presentava un tumore sacrococcigeo del volume di una mandarina.

L'orina esaminata immediatamente prima dell'intervento operatorio non presentò alcuna traccia di albumina.

Vane riuscirono le svariate e molteplici cure prodigate alla paziente,

chè gli accessi continuarono sempre così frequenti e violenti fin alle 3 ant. del giorno successivo, e negli intervalli si ebbero oltre al coma profondissimo, ripetuti periodi di apnea che richiesero la respirazione artificiale. Di poi la malata andò lentamente spegnendosi e morì alle 10 ant. dello stesso giorno 16.

Solo le orine raccolte al mattino offrirono un lieve opacamento albuminoso, e la quantità della secrezione renale nelle 22 ore di degenza nella Clinica non apparve molto diminuita, non che in confronto alla gravità eccezionale della malattia neppure per riguardo alla media fisiologica, poichè la quantità raccolta si valutò a 900 gr. circa (1).

All'autopsia, che mi pento di non aver fatto completa, si constatò l'esistenza di nefrite parenchimatosa bilaterale, prevalente a destra ove l'uretere era discretamente ectasico e la pelvi renale conteneva una goccia di sostanza vischiosa purulenta, e l'esame microscopico confermò quanto l'occhio nudo aveva segnalato, onde si ritrasse l'impressione di una nefrite parenchimatosa a decorso acuto, di cui l'inizio poteva farsi risalire almeno a 10-15 giorni innanzi.

Ecco una nuova conferma del fatto che talora nel corso di veri processi renali, l'albumina si mostra intermittente, o meglio che interpolatamente vi son periodi nei quali il sintoma fa difetto, ed ecco che i disturbi arrecati in tutto l'organismo dalle convulsioni non valgono a produrre quell'albuminuria che pure doveva esistere in causa della malattia del rene. E se gli sconcerti circolatori e respiratori non danno la conseguenza del passaggio dell'albumina nelle orine, neppure là dove già i glomeruli sono alterati, evidente riesce la possibilità che, essendo questi sani, i cangiamenti nella pressione e nella velocità del circolo causati dagli accessi non diano un'albuminuria per solito ragguardevole e pronta.

L'osservazione ora esposta è affatto eccezionale e se forse non è giusto che da essa si traggano conseguenze risguardanti l'immensa maggioranza dei casi, per altro certo è che mentre *esclude la provenienza dell'albuminuria dal complesso dei sintomi che costituiscono e caratterizzano l'attacco eclampsico*, soccorre parecchie altre considerazioni nel far ammettere quale più probabile fra le ipotesi che *accessi ed al-*

---

(1) La ricerca dell'albumina venne sempre fatta col calore e coll'acido nitrico, e colla reazione del cloruro sodico ed acido acitico.

bumina dipendano entrambe da una stessa causa la quale talune volte provoca l'intera sindrome e tal'altra i soli sintomi convulsivi e che forse tal'altra volta ancora dà la sola albuminuria.

* * *

Che cosa ne sappiamo noi in proposito? Le teorie sulla patogenesi dell'eclampsia sono numerosissime, e però troppo lungo ed anche fuor di luogo sarebbe il farne anche solo un breve cenno, onde mi limito secondo il nostro punto di vista a raggrupparle in due categorie, l'una delle quali suddivisibile in due classi, considera l'influenza eccitatrice del sangue carico di speciali elementi tossici od infettivi ed ha l'albuminuria in conto di sintomo frequente ed importante, e l'altra sostiene l'influenza nervosa e non ammette fra eclampsia ed albuminuria che un rapporto di non necessaria conseguenza, di pura concomitanza.

All'uremia pura, all'ammonioemia, alla potassioemia ecc., successe l'urinemia di Schottin, ma poi si pensò che non fosse in giuoco il solo emuntorio renale, ma che si trattasse d'una intossicazione più complessa nella quale la preponderanza, o la deficienza o la mancanza di taluni elementi valessero ad indurre modificazioni nel quadro clinico ed a spiegare meglio l'assenza dell'albumina ed il mancato rialzo termico di taluni casi.

Dalle idee di Barnes (1) il quale attribuì allo stato idremico della gravidanza l'aumento dell'irritabilità nervosa e della tensione vascolare normali, ma pensò altresì all'avvelenamento del sangue prodotto dall'eliminazione incompleta dei materiali di regressione da parte dei reni e degli altri emuntori, si venne alla teoria eliminatrice generalizzata che emessa da Bouchard (2), fu sostenuta specie da Rivière (3), da Auvard (4), da Chopard (5) e da Laulanie e Chambrelent (6), i quali ultimi

---

(1) Barnes, loco citato, pag. 222.

(2) Bouchard. « Leçons sur les autointoxications dans les maladies. » 1887.

(3) Rivière. « Pathogénie et traitement de l'autointoxication éclamptique. » 1889.

(4) Auvard. « Traité pratique d'accouchements. »

(5) Chopard. « Contribution à l'étude de la néphrite gravidique. » 1889.

(6) Laulanie et Chambrelent. « Recherches expérimentales sur la toxicité de l'urine pendant la grossesse. » *Annales de gynécologie*, 1890, pag. 253.

onstatando che sotto l'influenza della gravidanza, il grado di tossicità ell'orina è manifestamente diminuita, conchiusero che per conseguenza 'organismo della donna incinta alla fine della gravidanza deve essere iù o meno saturato di materia tossica (1). Il Blanc (2) che già si era pposto alle idee di Bouchard, ritornando sull' argomento conchiuse che a gravida nelle condizioni normali di salute non produce e non elimina nateriali tossici, più di qualunque altro soggetto, ma senza entrare in liscussione sull'attendibilità maggiore delle ricerche di Laulanie e Champrelent o di quelle di Blanc, e ricordando solo come altri (3) abbia segnalato che l'escrezione dell' urea è aumentata durante la gravidanza, parmi di poter asserire che ad una teoria basata sull'autointossicazione non riesce indispensabile l'ammettere che per il solo fatto della gestazione si accresca la quantità dei materiali tossici dell'organismo (4). Se

---

(1) E. Blanc. « De la toxicité urinaire chez la femme enceinte et chez la femme recemment accouchée. » *Annales de gynécologie*, 1890, pag. 260.

(2) E. Blanc. « De la toxicité urinaire chez la femme enceinte. » *Annales de gynéc.*, juillet 1891.

(3) A. Cioja. « Contributo allo studio della patagenesi della nefrite gravidica e dell' eclampsia. » Milano, 1891.

(4) In un caso di eclampsia senza albuminuria *post partum*, praticai la dosatura dell'urea contenuta nelle orine. Vedi N. 495, anno 1891, Tavola V.

Parto li 1 novembre, ore 0. 20'

Ore	6 1[2	ant.	. .	1.° accesso	Ore	2. —	pom.	. .	5.° accesso
»	7. 40	»	. .	2.° »	»	5 1[2	»	. .	6.° »
»	10. —	»	. .	3.° »	»	6 1[4	»	. .	7.° »
»	11 1[2	»	. .	4.° »	»	11 3[4	»	. .	8.° »

Incoscienza succcessivamente agli accessi, l'avvicinarsi dei quali fu sempre avvertito dalla paziente. Scomparsa del torpore in 5.ª giornata.

Negativo l'esame microscopico delle orine. L'urea apparve nelle seguenti quantità:

giorno	1	orine	dalle	ore	6 1[2	ant.	gr.	7,686 0[00 (Noel)		
»	1	»	»	»	3	pom.	»	14,091		
»	1	»	»	»	11	»	»	23,058		
»	2	»	»	»	5	»	»	30,744	Purgante, cloralio,	
»	2	»	»	»	1	»	»	26,240	dieta lattea.	
»	2	»	»	»	11	»	»	25,620		
»	3	»	»	»	5	ant.	»	24,339		
»	3	»	»	»	2	pom.	»	19,215		

Le note fatte di numerose ricerche sul modo di comportarsi dell' urea negli ultimi momenti della gravidanza, nel travaglio e nel puerperio, di donne albuminuriche od eclampsiche, andarono perdute, e però posso solo dire che nel caso qui riferito abbiamo riscontro di quanto si osserva generalmente nelle orine di puerpere sane.

esso è un ricettacolo ed un laboratorio di veleni, gli uni provenienti dal di fuori e gli altri prodotti nell'organismo medesimo dai processi di assimilazione e di combustione, onde in causa di tutte queste sostanze circolanti nel sangue che costituisce il loro mezzo comune, l'uomo si trova costantemente sotto una minaccia di avvelenamento, tuttavia questo non si realizza in causa dei molti mezzi per sfuggirvi, cioè in virtù della molteplicità e della potenza degli organi eliminatori che sono la pelle, i polmoni, l'intestino, il fegato, ed i reni. Ora poichè per il fatto della gravidanza parecchie delle maggiori funzioni sono modificate o meglio sono inceppate, riesce evidente come assai più facilmente che in altre circostanze taluno dei mezzi eliminatori possa mancare al proprio ufficio, e quindi la gestazione costituirebbe una causa predisponente assai importante degli accidenti d'auto-intossicazione, la quale mancherebbe qualora gli organi eliminatori prestassero bene il loro ufficio ed occorrerebbe in caso di loro insufficienza generale o parziale. E qui giova notare che il problema dell'auto-intossicazione non sta solo nelle condizioni anatomiche dei vari emuntorii e di quello renale in ispecie, ma bensì risiede intieramente nella sufficienza loro che assoluta sotto rapporti normali, può divenire solamente relativa in circostanze speciali, e di fronte alla massa totale da eliminare o che può altresì farsi mancante per rispetto al lavoro proprio ad ogni singolo emuntorio. E poichè per l'urea si trovò essere il suo aumento nel sangue capace di portare a vere lesioni renali, ed il concetto dell'importanza del passaggio attraverso al rene di sostanze nocive venne in questi ultimi tempi a sostituirsi a quello della lesione nefritica primitiva, onde il Cioja nella constazione dell'accresciuta quantità d'urea e sua maggior concentrazione nell'orina delle primipare, vedrebbe una catena che condurrebbe all'eclampsia (1), così per questa e per le altre sostanze di regressione resterebbe perfettamente supponibile una scemata eliminazione in causa di influenze che, anche essendo di lieve momento, pur tuttavia data la speciale condizione, stato puerperale, sono capaci di disturbare le funzioni degli organi che presiedono alla depurazione dell'organismo. I risultati di Blanc non ostano a questo concetto giacchè

(1) A. Cioja, loco citato.

alla sua stregua, la gravida sana non potrebbe avere in sè quantità maggiore di sostanze tossiche, che invece si troverebbero accresciute nelle eclampsiche, e le ultime ricerche di Chambrelent confermerebbero infatti il notevole aumento della tossicità del siero di sangue delle eclampsiche e la diminuzione del potere tossico delle loro orine (1), e poichè i principali emuntorii sono fegato e reni, si potrebbe secondo Auvard parlare di un'eclampsia epatica e d'un'eclampsia renale che sarebbe possibile ma poco probabile che avessero a mostrarsi indipendenti l'una dall'altra. Tali vedute generali confermate dai più recenti studii, sarebbero per questo punto speciale avvalorate da quei casi di atrofia gialla acuta del fegato che occorsero nello stato puerperale e che furono accompagnate da eclampsia o da quelli nei quali questa fu complicata da ittero, ed anche troverebbero appoggio nella proprietà antisettica e d'immagazzinamento dei veleni che le ricerche di Schiff, Lantembach, Roger, Dujardin Beaumetz etc. assegnerebbero al fegato, ma pur aggiungendo a tutto ciò il frequente reperto delle lesioni epatiche nelle eclampsiche, un'eclampsia veramente e puramente epatica è pressochè insostenibile, tanto più che in talune di quelle osservazioni d'atrofia gialla acuta si riscontrò una nefrite acutissima (2).

Per tale teoria resterebbe quindi nel senso lato che la eclampsia è lo sciopero di uno o di parecchi organi eliminatori « la bancarotta dell'eliminazione organica conducente all'auto-intossicazione della donna (3), » e mentre non si verrebbero così a trovare contraddizioni in fatti anatomici ben accertati, non si troverebbero neppure sempre obbiezioni nell'assenza di lesioni organiche importanti, onde l'eclampsia potrebbe definirsi quale « il risultato, l'espressione ultima di un avvelenamento che prodotto rapidamente o preparato lentamente ed in modo insensibile, si manifesta sotto forma di irritazione del cervello, che si traduce nella perdita della coscienza, nelle convulsioni, e nei diversi disordini dell'economia intiera » (4). Abbiamo infatti una particolare al-

---

(1) Société de Biologie, 27 febbraio 1892. Per Chambrelent risulterebbe evidente la relazione fra la tossicità del siero, in un dato caso, e la gravità della malattia.

(2) Stumpf. « Ueber puerperale Eklampsie. » *Arch. f. Gynaek.*, Bd. XXVIII, pag. 471.

(3) Auvard, loco citato, pag. 371.

(4) Valleyo Lobon. « De l'éclampsie puerpérale. » *Nouv. Arch. d'Obst. et de Gyn.*, 1887. Repertoire pag. 615.

terazione dell'attività nervosa, della quale non sappiamo l'essenza, ma che ci fa pensare ad una certa predisposizione individuale, come tenderebbero a provare la frequenza colla quale le epilettiche divengono eclampsiche, l'ereditarietà ed il ripetersi della malattia constatato più volte ed ancora un'altra causa o circostanza predisponente, la primiparità di cui l'effetto ben si spiega anche per mezzo d'influenza d'ordine puramente nervoso.

* * *

Inutile è lo specificare in quali modi, ed in quale misura la gravidanza possa agire sulle mansioni cerebrali, sia dal lato psichico che da quello funzionale, e però ricordando solo che le statistiche assegnano alle primipare un più largo contingente alla casuistica della patologia del sistema nervoso, dirò che a lato della maggiore vulnerabilità dei centri psicomotori, non può rifiutarsi una maggiore vicendevole eccitabilità riflessoria e la conseguente eventuale compartecipazione di taluni centri alla reazione contro stimoli agenti su altri centri; che se a queste circostanze si aggiunge un fatto locale, vale a dire l'aumento di sviluppo notevolissimo dei nervi del collo uterino già così abbondanti e la comunicazione diretta fra i nervi dell'utero ed i gangli renali, e non si dimentica altresì che i reni ed anche il fegato sono legati *sinergicamente* alle funzioni della matrice, ci troviamo davanti i punti più importanti sui quali basa il gruppo delle teorie nervose.

È talmente indubitato che le eccitazioni dell'utero gravido e specie quelle portate sul collo e sul segmento inferiore possano dare luogo agli accessi eclampsici, che l'osservazione di spasmi consimili all'eclampsia con perdita di coscienza e senza albuminuria, consecutivi ad iniezioni endouterine, indusse Schauta (1) a ritenere come probabile in taluni casi l'esistenza di una zona epilettogena analoga a quella trovata da Braun-Sequard nella gota della cavia. Similmente dallo studio di alcuni casi d'eclampsia senza albuminurie, Colman (2) parve quasi indotto

---

(1) Schauta. « Beiträge zur Lehre von der Eklampsie. » *Arch. f. Gyn.*, XVIII, Hft. II.

(2) Walter Colman. « Ueber eine besondere Form puerperaler Eklampsie. » *Centralb. f. Gyn.*, N. 33, 1890.

a credere costante l'influenza riflessa delle eccitazioni del collo uterino, poichè trovò di poter spiegare il vecchio proverbio delle levatrici tedesche « partoriente che vomita, partorisce bene » ammettendo che in questi casi l'azione riflessa si trapianti sullo stomaco od abbia origine quando la testa attraversa la cervice. Ma se l'influenza che può esercitare l'azione riflessa avesse bisogno di conferma ne troveremmo facilmente e non solo nel campo uterino ma anche in altri visceri, poichè al di fuori dello stato puerperale possiamo avere un'eclampsia in rapporto allo stabilirsi della mestruazione, e poichè venne segnalata la vera eclampsia per irrigazioni nella cavità pleurica (1).

Al gruppo anzidetto spetterebbe forse specialmente la spiegazione dei casi d'eclampsia sine albuminuria, ma a mente di parecchi autori anche il solito quadro nel quale figurano accessi ed albumina sarebbe perfettamente spiegabile ancor ammettendo la loro natura, o meglio la loro origine puramente nervosa. Di questa possibilità già feci cenno quando toccai delle lesioni nervose le quali, tanto per fatti sperimentali che per malattie danno luogo ad albuminuria, ma qui aggiungerò ancora qualche breve notizia onde meglio comprensibile riesca la mia esposizione. Ricorderò quindi che Peyrani e Vulpian studiando l'influenza del grande simpatico, dimostrarono che alla sua sezione segue aumento della secrezione urinaria e che il rene corrispondente si inietta, prende una tinta più rossa, diviene più voluminoso, mentre la vena si distende, sembra contenere del sangue arterioso e l'orina secreta in quantità più considerevole si rende albuminosa. L'eccitazione periferica del moncone apporterebbe invece diminuzione del secreto renale, ed il viscere impallidirebbe, diverrebbe anemico; e dati consimili fornirebbero le esperienze di Capitan sul plesso renale, poichè consecutivamente al taglio di qualcheduno dei filetti nervosi l'orina si faceva sanguinolenta ed albuminosa, le vene si rendevano estremamente dilatate e le arterie al contrario si contraevano e diminuivano di calibro. I risultati avuti da Bernard e da Eckard corroborati dalle ricerche di Schiff, Correnti e Capitan, attribuiscono anche al sistema spinale un'influenza notevole sulla secrezione orinaria; la sezione al pari dell'eccitazione del midollo dorsale o cer-

(1) Desplatz. « Eclampsia pleurale. » *Riforma Medica*, 1885, N. 230.

vicale determinerebbe il passaggio dell'albumina nell'orina, e poichè si sa che la sezione del midollo ha per conseguenza un abbassamento considerevole della pressione sanguigna, e d'altra parte l'eccitazione del midollo apporta un restringimento delle arterie renali, così in ambo i casi si ha un rallentamento della corrente sanguigna, una diminuzione dell'afflusso del sangue ossigenato e si trova in tal modo realizzata una delle condizioni patogeniche fondamentali dell'albuminuria.

È noto che Stumpf (1) fece rilevare come l'acetone e lo zucchero si trovassero nelle orine delle eclampsiche, e poichè in questi ultimi tempi si torna a cercare un nesso causale fra acetonuria ed eclampsia (2) e si richiamò l'attenzione sulla fisiopatologia di alcuni plessi (celiaco, solare), la di cui lesione porterebbe l'acetonuria, l'albuminuria e la glicosuria (3), così ritengo indispensabile il far presente che anche dall'azione su ganglii periferici si possono avere alterazioni nel ricambio materiale dell'organismo.

In conclusione, numerose sono le vie per le quali il sistema nervoso può dare tale perturbazione, ma qualunque sia la lesione e lo stimolo, è sempre per via della circolazione che si ha il riverbero sul rene, ed è per mezzo di influenze vasomotorie che l'albuminuria d'origine nervosa riconosce in ultima analisi lo stesso meccanismo dell'albuminuria per disturbi circolatori diretti dal rene.

Il concetto che si ebbe dell'eclampsia come forma nervosa già emesso in tempi ormai lontani, poi abbandonato e di nuovo ripreso, venne recentemente svolto sotto forme e con interpretazioni diversissime, ma per tutte le teorie fu sempre obbiezione capitale o scoglio pericoloso lo spiegare il legame così stretto e quasi costante fra elemento convulsivo e perturbamento renale, e nello stesso tempo la meno frequente eclampsia sine albumina. Ed invero essendo identica per ambo le forme la parte più appariscente ed anzi l'essenziale del quadro morboso, ed apparendo il

---

(1) *Münchener med. Wochenschrift,* 1887, N. 35-36.

(2) C. D. Palmer. « Puerperal eclampsia. » *Amer. Journ. Obst.,* pag. 822, 1891.

(3) A. Lustig. « Sugli effetti dell'estirpazione del plesso celiaco. » *Archivio per le Scienze Mediche,* vol. XIII, N. 6. - « Ulteriori ricerche sperimentali sulle funzioni del plesso celiaco. » *Archivio per le Scienze Mediche,* vol. XIV, N. 1. — R. Oddi. « Sull'acetonuria consecutiva all'estirpazione del plesso celiaco. » *Lo Sperimentale,* 1891 e 1892. — A. Cristiani. « L'acetonuria, l'albuminuria e la glicosuria nella diarrea da degenerazione del plesso solare (simpatico addominale) negli alienati di mente. » *Riforma Medica,* 18 settembre 1891.

male nelle medesime condizioni ed avendosi talora identici reperti necroscopici e tal'altra volta riuscendo negativo l'esame dei reni, quando pure i sintomi clinici facevano credere a lesioni notevoli, non può sembrare giusto l'ammettere genesi od almeno meccanismi di produzione diversa. Non riassumerò e neppure indicherò anche solo il nome delle numerose teorie che passano sotto il nome di nervose, trattandosi di idee per la massima parte già da tempo tramontate, ma invece dirò brevemente quanto interessa la questione della origine nervosa dell' albuminuria e dell'eclampsia, considerate come costituenti assieme un'entità morbosa.

Braxton-Hicks credette ammissibile un'irritazione del sistema nervoso cerebro-spinale quale causa dell'albuminuria, in analogia coi cangiamenti dell'orina in certe lesioni del midollo spinale, e l'Ingerslew (1) ponendo che si abbia a che fare con una nefrite acuta od acutissima, aggiunse che taluni fatti permettono di ritenere che l' albuminuria e l'affezione renale dell'eclampsia sono fenomeni coordinati di questa e però devoluti ad uno stesso momento causale, una nevrosi vasomotrice riflessa. Per una strada parallela sono indirizzate le conclusioni di Osthoff (2), pel quale l' eclampsia sarebbe una nevrosi determinata da un' irritazione riflessa del sistema-cerebro spinale, di cui il punto di partenza risiederebbe nell' utero. L' eccitazione dello splancnico si trapianterebbe o nelle vicinanze più prossime sui vasi costrittori dei reni, colla conseguente anemia e degenerazione di tali organi, oppure attaccherebbe in modo tumultuario i più lontani centri nervosi. Da questo punto di vista l'Osthoff a ragione accomuna la fonte dello sconcerto renale e dell'eclampsia, poichè come ben risulta da quanto sopra esposi, si tratterebbe di una catena, ed anche i centri nervosi potrebbero riflessoriamente dar luogo ai disturbi dei reni, e così manifestazioni convulsive ed albuminuria si richiamerebbero a vicenda. E dividendo tali idee e svolgendole il Lantos (3) arrivò a sostenere che l'albuminuria che si presenta nel corso della gravidanza o durante il travaglio, indipendente-

---

(1) E. Ingerslew. « Beitrag zur Albuminurie während der Schwengerschaft, der Geburt und der Eklampsie. » *Zeitsch. f. Geburts. und Gynäk.*, 1881, pag. 210-211.

(2) Osthoff. « Beiträge zur Lehre von der Eklampsie und Uremie. » *Sammlung Klinischer Vorträge*, N. 266, pag. 1917.

(3) E. Lantos. « Beiträge zur Pathologie und Therapie der puerp. Eklampsie. » *Archiv. f. Gyn.*, 1888.

mente da ogni modificazione morbosa dei reni, si produce sotto l'influenza dell'eccitazione riflessa provocata dai nervi delle pareti uterine e ripercuotentesi sui vasi renali. Secondo il suo modo di vedere l'albuminuria avrebbe la stessa origine dell' eclampsia, cioè l' eccitazione portata dai nervi dell'utero, ma la via nervosa sarebbe diversa nei due casi.

Ma se questi concetti di Osthoff e di Lantos ovviano a parecchie gravi obbiezioni, d'altra parte non tengono calcolo di circostanze che non ponno essere trascurate, sia perchè clinicamente e sperimentalmente ammissibili quali predisponenti od occasionali di gravi perturbamenti dell' organismo, tanto nel campo nervoso che in quello dello scambio nutritizio, e dimenticano quasi completamente di valutare le modificazioni che la gravidanza imprime alle principali funzioni. Detti autori sono certamente troppo esclusivisti, e però come assai più larghe e meglio applicabili anche ai singoli casi, maggior favore dovrebbero ottenere le vedute di Herff (1), il quale accordando ampio valore alla potenza perturbatrice che la gravidanza spiega sull'intera economia, non rifiuta nè il concetto della più facile etero-intossicazione o della probabile auto-intossicazione, nè quello della ipereccitabilità generale e locale, sia primitiva che secondaria alla più intensa o più avvertita azione riflessoria, e mette perfettamente d' accordo i risultati dell' esperienza fatta sul sistema nervoso degli animali, con quelli delle ricerche sulla modificata riduzione ed eliminazione dei prodotti di regressione. Riporto le conclusioni col quale l'Herff chiude il suo lavoro avvertendo, che da esso non si deve trarre quel concetto dell' esistenza di uno stato, o di una condizione psicopatica che Olshausen (2) vi trova e combatte, e che l'Herff (3) stesso rifiuta, ma invece dedurre col Cohn (4) la predisposizione per le persone nervose e per quegli stati che provocano un' irritazione dell'utero maggiore che non nei tempi e nelle condizioni ordinarie:

1.° Il complesso dei sintomi eclampsici dipende da una particolare alterazione dell'eccitabilità dei centri psicomotori corticali e specie subcorticali, e del grado d'eccitabilità eclampsica.

---

(1) Otto von Herff. *Münchener med. Vochenschrift,* N. 5, 1891.

(2) Olshausen. « Ueber Eklampsie. » *Sammlung Klin. Vortraege,* N. 39.

(3) Otto von Herff. « Zur Theorie der Eklampsie. » *Centralblatt f. Gynäk.*, N. 12, 1892.

(4) S. Cohn. « Uterus und Auge. » Berlin, 1890.

2.° Questa alterazione si sviluppa durante la gravidanza in base di una predisposizione che può essere ereditaria, congenita od acquisita o data da intossicazione per urati, piombo, alcool, infezioni.

3.° Al complesso dei sintomi eclampsici, ponno dare causa molte e diverse malattie organiche.

4.° Raramente la gestazione per sè sola coi suoi sintomi e le sue eccitazioni fisiologiche cagiona l'eclampsia, che nelle gravide dipende per lo più da altre affezioni organiche concomitanti; per lo più si trova una lieve intossicazione uremica che dà l'ultimo stimolo alla manifestazione delle convulsioni.

Per Osthoff e Lantos ben facile riesce la spiegazione del come l'eclampsia non sia preceduta o possa invece essere seguita o del tutto scompagnata dall'albuminuria, l'Herff non fa di questa forma un qualche cosa di diverso, e Spiegelberg (1) che già voleva considerarla affatto a parte giudicandone gli accessi quali eclamptiformi od epilettiformi, ritornando recentemente sulla questione, non trova ora alcun motivo per separare le due specie di casi, perchè i sintomi sono gli stessi, perchè non raramente il decorso della malattia è ugualmente grave, e poichè l'essenza del male sta sì in un caso che nell'altro in una eccitazione degli stessi centri vasomotori, sia poi l'eccitazione d'indole tossica o riflessoria, o devoluta a stimoli periferici. Inoltre Spiegelberg nota che si deve tener conto della disposizione individuale, della peculiare eccitabilità del soggetto, ecc., e di questo troverebbe conferma in ciò che riuscendo difficile lo spiegare coll'uremia le convulsioni del puerperio, perchè le condizioni renali migliorano rapidamente dopo il parto, si dovrebbero invocare altre nuove cause patogenetiche, mentre per alcuni casi almeno è ammissibile l'esagerata eccitabilità riflessa. Della quale infatti abbiamo un'altra prova nella grande analogia che esiste fra attacchi eclampsici e convulsioni dell'infanzia, sopratutto in questi casi in cui l'orina è normale (2), giacchè nel bambino il punto di partenza del male raramente deve essere cercato nei centri nervosi, ma invece ad esempio nei denti, nello stomaco, nell'intestino (3).

---

(1) Spiegelberg. « Lehrbuch der Geburtfhilfe. » 1891, pag. 571.

(2) Robert Jardine. *Brit. Med. Journal,* 3 gennaio 1891.

(3) H. Claiborne. « Ueber puerperale Eklampsie. » *Centralblatt f. Gynäk.*, N. 33, 1890.

* * *

Dall'analisi delle più recenti vedute eziologiche appartenenti ai gruppi delle teorie dell'alterato ricambio, materiale e riflessa appare dunque che all'albuminuria si dovrebbe dare il valore di un sintomo, la di cui causa è capace di condurre all'eclampsia e che viceversa può trovare la sua ragione d'essere nell'eccitamento eclampsico considerato nelle sue fonti, e cioè che se l'albuminuria può per mezzo delle sue cause genetiche produrre gli accessi convulsivi, questi alla loro volta sono capaci di darla, ma pur essi solo per effetto di quelle condizioni che ne costituiscono la genesi. Come riesce evidente, non si deve dimenticare che l'albumina che si segnala specie in seguito a più attacchi può avere la sua causa in lesioni anatomiche dei centri nervosi, poichè ciò, lungi dall'infirmare il concetto su esposto, vale anzi a renderlo meglio accettabile, spiegando il perchè di talune albuminurie che altrimenti rappresenterebbero altrettante obbiezioni.

Risultando che alterazione uropoietica ed accessi dipendono entrambi da una stessa causa generale, la quale potrebbe condurre solo l'uno o l'altro sconcerto, non sembra ammissibile che l'eclampsia senza albuminuria debba essere considerata quale una *forma incompleta* dell'eclampsia classica?

(Continua).

Dott. F. LA TORRE

Professore paregg. in Ostetricia,
Membro della Società Ostetrico-Ginecologica di Parigi, della Società francese d'Igiene,
della R. Accademia Medica e della Società Lancisiana di Roma, ecc.

SIFILIDE E GRAVIDANZA

Nel toccare brevissimamente questo importante soggetto, non tento nemmanco di entrare nei diversi attraenti argomenti della sifilide nei suoi rapporti colla società: famiglia, matrimonio, igiene, demografia, ecc.; mi limiterò solo ad accennare alcune osservazioni personali sulle relazioni della sifilide colla gravidanza.

***

Il rapporto che passa tra la sifilide e la gestazione è oramai bene stabilito e nelle sue grandi linee e nei suoi dettagli; sicchè può dirsi che l'andamento della sifilide e della gestazione, complicandosi a vicenda, sia retto da regole fisio-anatomo-patologiche ben determinate. Come in tutte le regole però vi sono anche qui eccezioni, le quali possono, tanto nel campo della pratica quanto in quello della società, avere non lieve importanza che bisogna perciò tener presente.

Ho un caso personale di gravidanza complicata a sifilide che è una vera e splendida eccezione, ed è per questo solo titolo che stimo meriti l'onore d'una pubblicazione, la quale mi porge anche l'occasione di fare brevissime considerazioni sull'influenza della sifilide:

1.° sul decorso della gravidanza e della vitalità fetale,

2.° sul decorso del puerperio.

Questione quest'ultima palpitante ancora d'attualità.

Ecco intanto il caso:

Osservazione I.

Primipara — Sifilide dei genitori contratta un anno prima della fecondazione senza trattamento mercuriale — Gravidanza normale, parto a termine spontaneo, feto vivo, sano — Puerperio fisiologico.

Nei primi di febbraio del 1890 si presenta alla mia visita una giovane sposa, di anni 20, appartenente a buona famiglia della provincia romana, maritata da un anno senza figli, per consultarmi sulla causa della sua sterilità.

Accompagna la signora il marito, giovane avvocato, il quale dice che sposo da un anno ed affetto da sifilide al momento del matrimonio, contagiò ben presto la moglie che ebbe ulcera primitiva e fatti secondarii. Non si fece cura specifica per non suscitare sospetto sulla sua indelicata condotta.

Non esiste il minimo dubbio, pei fatti che si riscontrano sui due soggetti, che vi sia stata in entrambi sifilide giunta al suo secondo stadio. Esaminata più particolarmente la donna trovo, oltre all'adenopatia caratteristica cervicale ed un leggiero grado d'anemia, varie macchie sul corpo di colore rameico ed un catarro uterino, ribelle a tutte le cure mediche, limitato alla cavità cervicale.

Prescrivo naturalmente ad entrambi una cura antisifilitica e caldamente raccomando che la signora non divenga tanto presto incinta; consiglio la separazione coniugale durante il lungo periodo della cura, che non dovrebbe durare meno di un anno. Faccio un piccolo raschiamento del collo uterino ed ordino una cura locale *ad hoc*.

Qualche mese dopo, verso la fine d'aprile, rivengono e mi dicono che la cura mercuriale non ha potuto farsi e che la mestruazione è in ritardo di due settimane. I miei consigli, come si vede, erano stati messi in non cale.

Espongo le probabilità che potranno aversi sull'esito della gravidanza e manifesto la mia convinzione, che ove mai la signora fosse incinta e non si curasse bene la sifilide, il parto prematuro con feto morto o moribondo, se non l'aborto, sarebbe inevitabile. Ad ogni modo rinnovo le calde raccomandazioni per una scrupolosa cura mercuriale, dalla cui azione solo potremo aspettarci un buon esito della gestazione, avvenuta forse nelle più disgraziate circostanze.

Due mesi circa più tardi, verso i primi di luglio, rivedo la malata e trovo che sul punto delle macchie sul corpo si sono formate vere eruzioni specifiche; vi sono intorno alle grandi labbra punti della cute iperplastici con caduta d'epitelio, placche mucose, rudimentarie quasi direi. L'utero è aumentato di volume: corpo caratteristicamente elastico, collo rammollito. Le mammelle sono ingrossate, indurite, con areole molto fosche e con ipertrofia di qualche corpuscolo di Montgomery. Vi sono nausee e vomiturazioni.

Formulo diagnosi di probabile gravidanza di 3 mesi circa in donna sifilitica e raccomando di nuovo il trattamento specifico, unico mezzo per scongiurare, od attenuare almeno le tristi conseguenze della malattia.

Per una fatalità (?) dovuta all'ignoranza del medico della famiglia, un vecchio pratico di campagna, non si comincia la cura antisifilitica, opponendosi costui energicamente all'amministrazione, sotto qualsiasi forma, dei sali di mercurio durante la gravidanza, i quali avrebbero indubbiamente cagionato, secondo lui, l'aborto e la carie delle ossa. L'idea della cura fu completamente abbandonata.

Avvisato per lettera, essendo in campagna, ne fui addolorato e pronosticai aborto o parto prematuro con feto morto o morente.

Molto tempo più tardi, al mio ritorno in Roma, rivedo la malata e trovo non senza sorpresa che la gestazione continua la sua evoluzione in condizioni apparentemente le più normali. Siamo nel corso del 7.° mese di gravidanza con feto vivo, già in presentazione cefalica; non vi è associazione d'idramnios. Le ulcerazioni intorno alla vulva, lungi dall'essere guarite, sono alquanto più estese, più lussureggianti, mollastre.

L'andamento della gravidanza non che l'aspetto ed il decorso delle lesioni locali mi fanno nascere la convinzione che trattandosi forse d'una infezione attenuata, ci sia sempre luogo a bene sperare; ciò non di manco insisto sempre sull'amministrazione dei mercuriali, insistenza che resta senza effetto.

Verso il principio dell'8.° mese, la signora viene a fissarsi a Roma ove conta sgravare e mi prega di assisterla.

Nella prima quindicina di dicembre 1890, con un soprapparto dei più regolari e dopo 9 ore di sofferenze, la signora si sgrava d'una bambina, viva, ben conformata ed a sviluppo quasi normale: peso 3070 grammi, lunghezza 49 cent.

Il feto è apparentemente sano, non presentando nessuna delle tante lesioni dovute alla sifilide congenita.

Il secondamento naturale ebbe luogo 17 minuti dopo.

Il liquido amniotico, citrino, era in modica quantità; la placenta alquanto pallida e le membrane sembravano normali.

Puerperio fisiologico.

* * *

Farò prima di tutt'altra cosa osservare due fatti: 1.° che le manifestazioni sifilitiche si sono anche in questo caso esacerbate sotto l'influenza della gravidanza; 2.° che il raschiamento della cavità cervicale dell'utero tolse la causa della sterilità, in seguito a che solamente ha potuto aver luogo la fecondazione. Passo ora alle altre considerazioni.

1.° *Influenza della sifilide sul decorso della gravidanza e vitalità fetale.*

La prima considerazione a farsi su questo argomento è, che se si può rigorosamente dire che il parto sia avvenuto qualche giorno prima dell'epoca che suole dirsi termine fisiologico, non mi pare poter attribuire questa circostanza all'azione della sifilide e che la prognosi da me fatta sulla sorte del feto, è stata solennemente smentita, venendo al mondo un prodotto perfettamente sano.

Perchè? Sono fatti comuni codesti, alloraquando abbiamo da fare con gestanti sifilitiche, in cui la malattia data da circa un anno solamente e non si è fatta alcuna cura mercuriale?

Certo che no, e non possiamo trovarne la ragione se non in una eccezione. Noi sappiamo, difatti, che la sifilide esercita una ben triste influenza sul decorso della gravidanza, interrompendola spesso, e sulla vitalità del feto, che sovente muore nell'utero o appena fuori, influenza però più o meno nociva, secondo le condizioni e le circostanze in cui l'infezione abbia avuto luogo. Così p. e. se la gestante è contagiata nella seconda metà della gravidanza, questa arriva quasi sempre a termine ed il feto nasce quasi sempre sano. Il nostro chiarissimo prof. Mangiagalli (1) l'ha, uno dei primi, brillantemente dimostrato e cercato di spiegare. Non così avviene ove mai la donna contragga la sifilide contemporaneamente alla fecondazione e, a più forte ragione prima di divenire incinta, e quanto più l'infezione sia di data recente. In questi

(1) Mangiagalli. *Annali di Ostetricia ecc.*, 1888, vol. V.

casi, nell'ultimo principalmente, la gestazione è spessissimo interrotta ed il feto viene al mondo in grandissima maggioranza morto e macerato o pochissimo tempo dopo muore per sifilide congenita. Ecco a tal proposito le ultime statistiche che parlano chiaro, tale quella, fra le altre, di Lepileur (1), 52 donne affette da sifilide contratta a date differenti e prima d'avere figli, hanno avuto 122 gravidanze, il risultato pei nati è stato:

Morti nati (aborti e parti prematuri)	93
Nati vivi (parti prematuri ed a termine) ma morti più o meno lungamente dopo la nascita . .	22
Vivi al momento dell'osservazione (qualche anno dopo la nascita)	7
	122

Il nostro caso, stando ai responsi della patologia statistica, non potrà essere giudicato *a priori* diversamente di come si giudicano la maggioranza infinita dei casi, d'onde la giustificazione dei nostri timori e la severità del nostro giudizio nello stabilire la prognosi; nè ci scosteremmo mai in casi consimili dallo emettere la stessa prognosi. Nel nostro caso la gravidanza nel suo decorso ed il feto nella sua vitalità, dovevano soggiacere entrambi alla sorte fatale comune, e se, malgrado una infezione celtica anteriore da poco alla gestazione, questa giunse fino al termine o quasi ed il feto nacque vivo e sano, ciò deve considerarsi come una pura e semplice eccezione, la cui spiegazione non è facile intravederla nella cura antisifilitica, giacchè non si fece.

Il bambino ancor oggi è sano (ha oggi 16 mesi); morrà più tardi per fatti di sifilide ereditaria? non lo so.

Questo nostro felice sì, ma eccezionalissimo caso, ci suggerisce una sola riflessione pratica, questa: pur tenendo nella pratica giornaliera il più gran conto delle nozioni di patologia generale e dei fatti clinici, d'altro canto non sarebbe imprudente tener anche conto delle eccezioni, evitando così d'esporsi a delle smentite. Nessuno, oso dire, era autorizzato di comportarsi *a priori* differentemente di come ho fatto io nello

(1) Lepileur. *Bul. de la Soc. d'obst. et de gin. de Paris,* déc. 1888.

stabilire la prognosi, eppure, nessuno può dire che la smentita ricevuta non sia stata completa e non abbia fatto una certa cattiva figura la solennità con cui sentenziavo e l'aborto o il parto prematuro e la morte e macerazione fetale.

2.° *Influenza della sifilide sul decorso del puerperio.*

Un punto che reclama ancora un esame spassionato è quello che ha attinenza coll'andamento del puerperio nelle donne sifilitiche, e sopratutto quale momento etiologico della così detta *febbre essenziale sifilitica* POST PARTUM e delle *complicazioni flogistiche specifiche.*

Anzitutto, esercita la sifilide un' azione morbosa sul decorso del puerperio?

Dal fatto dell' influenza della diatesi celtica sul processo evolutivo dell'uovo, sullo sviluppo ulteriore del feto, sull'andamento della gravidanza, e più dal fatto delle modificazioni che apporta allo stato generale delle gestanti e puerpere, il cui organismo subisce da un canto un indebolimento generale che si traduce in pallore profondo dovuto ad anemia per disturbi nutritivi, nervosi e talora per cachessia sifilitica; e d'altra parte, dal fatto che tanto la gravidanza quanto il parto contribuiscono potentemente all'esagerazione delle manifestazioni sifilitiche e quindi a renderle più palese all'esterno, aggiungendo così un elemento di più di debolezza generale a quella esistente per la malattia in atto; per tutte queste considerazioni, dico, gli ostetrici han creduto che la sifilide potrebbe oltre che alla gravidanza ed al parto, imprimere anche al puerperio un decorso clinico particolare. È per un momento apparso possibile ammettere come conseguenza di tale speciale stato, cioè stato diatesico, lesioni sifilitiche in via di riparazione e perciò organismo più suscettibile ad essere vulnerato dalle varie cause morbose che sopraggiungono nel puerperio, che nelle donne sifilitiche l' evoluzione uterina dev'essere lenta od ostacolata e meno resistenza perciò nei tessuti contro l'elemento infettivo, che l'assorbimento settico è perciò più facile e più pernicioso, che i disturbi nervosi possono essere più gravi e che, infine, le lesioni genitali possono essere ritardate nel loro processo riparatore o alterate, suppurare e dare in tal guisa più facile occasione alle infezioni. Tutte queste alterazioni si ridurrebbero infine a due: *indebolimento del terreno, predisposizione alla infezione.*

Sarebbero queste senza dubbio le conseguenze logiche, ma in principio, giacchè in realtà sta il fatto che queste condizioni patologiche possono riscontrarsi in ogni puerpera e per tutt'altra causa che non sia la sifilide, e se sono condizioni indispensabili perchè l' infezione avvenga, non costituiscono nè punto nè poco l' infezione puerperale; oltrechè poi non la favoriscono nemmeno menomamente quando siano prese le più rigorose misure antisettiche.

Parrebbe però che nelle puerpere sifilitiche possa, a parte ogni altro elemento infettivo, ingenerarsi la così detta febbre sifilitica e la flogosi specifica dell'utero e suoi annessi. Esaminiamo questi due punti.

* * *

A. Febbre sifilitica POST PARTUM.

La nozione della febbre sifilitica è di data recentissima, essendo stata sconosciuta dagli antichi, i quali si compiacevano dire: *morbus gallicus est morbus absque febre.*

È senza dubbio al prof. Fournier che riviene il merito d'averla scoperta e proclamata dottrina fin dal 1873 (1).

Io non posso entrare qui nel dotto studio che il Fournier fa intorno alla patogenesi della febbre, nel momento in cui insorge e nella frequenza; dirò solamente questo che la febbre sifilitica è sintomatica ed essenziale, che questa ultima forma è propria dello stadio secondario dell'infezione. « La syphilis, avant le stade secondaire, est toujours et essen-
« tiellement apyrétique.... Plus tard, dans un âge plus avancé, en pleine
« période tertiaire, elle ne se complique que rarement de fièvre, et elle ne
« s'en complique en général qu'à propos soit de lésions graves de caractère
« inflammatoire, soit de phénoménes d' hecticité... Elle devient de moins
« en mois frequente à mesure qu'on s'éloigne du debut de la maladie....
« Elle est rare dans la troisième année, au de là elle ne s'observe plus
« que d'un façon presque exceptionelle (2). »

---

(1) FOURNIER. « Leçons sur la syphilis étudiée plus particol. chez la femme » Paris 1879.

(2) COMBES « Suites de couches chez les syphilitiques. » Th. de Paris, 1886, p. 16.

Per ciò che si rapporta alla frequenza di questa febbre, Fournier sopra 1120 donne sifilitiche l'avrebbe trovata 351 volte, in un terzo circa di malate: una malata su tre, fuori di gravidanza, presenta febbre sifilitica.

La proporzione dunque di febbre non sarà più di 1 su 3 donne puerpere sifilitiche, ma di 1 su 3 donne puerpere sifilitiche che si trovano esattamente nel *periodo* o nelle *condizioni* che giustificano l'ipertermia in ogni sifilitica, quando cioè il puerperio coincide col periodo secondario della infezione; ciò che diminuisce di molto la proporzione della febbre sifilitica *post partum.*

« Fino all'anno scorso (1885), dice Combes (1), nessun autore aveva fatto notare l'elevazione della temperatura, all'infuori di ogni altra causa pirogena, come accidente frequente nel puerperio delle sifilitiche. È stato Pinard il primo che suggerì nel 1885 al dottor Sacreste (2) la nozione patologica seguente: « *L'ipertermia sifilitica è frequentissima nel* POST PARTUM. » Nel principio del 1886, Fauconnier (3), allievo del Pozzi, raccolse allo Spedale di Lourcine alcune osservazioni che tendono ad accreditarla, mentre Mercier (4) con un altro lavoro, agita la questione senza risolverla. Infine Charpentier (5) nel suo Trattato, pubblicato recentemente, 1889, accetta le conclusioni di Combes, il quale, dopo aver con sanissima e fine critica demolito i lavori di Sacreste, che avrebbe trovato 18 volte la febbre sifilitica su 24 puerpere, e di Fauconnier, che l'avrebbe trovata 8 volte su 36 casi, e non avendo riscontrato su 188 osservazioni di puerpere sifilitiche, che 2 sole volte l'elevazione della temperatura da non potersi spiegare se non col fatto della sifilide stessa, dice: « La questione non è peranco risolta e per essere definitivamente giudicata richiede altre statistiche. »

Pare a me dunque utile aggiungere su questo speciale argomento un piccolo contributo statistico personale.

---

(1) COMBES, loco citato, p. 8.

(2) SACRESTE. « De l'hyperthermie syphilitique *post partum.* » Th. de Paris, décembre 1885.

(3) FAUCONNIER. « De la fièvre et des métrorrhagies dans les accouchem » Paris, mars 1886.

(4) MERCIER. « Contrib. à l'étude des rapports de la puerp. et de la syphilis. Fièvres syphil. pendant les suites de couches. » Th. de Paris, juillet 1886.

(5) CHARPENTIER, loco citato, II édit., 1889, II, p. 658.

***

Ero a Parigi anch'io e seguivo le lezioni del Doléris, quando comparve la *Tesi* del Sacreste. L'impressione che le conclusioni del lavoro fecero su tutti noi, che frequentando tutti i riparti ostetrici non vedevamo poi tanto frequente questa vagheggiata febbre sifilitica essenziale, fu enorme, e ci si mise in parecchi a fare delle ricerche su questo argomento. Combes però, ispirato dalla critica del Doléris, scelse questo tema come soggetto di *Tesi* e fece un lavoro coscienzioso.

Lasciato Parigi, volli, nella mia pratica, tenere conto dei casi di gravidanza complicata a sifilide, dell'andamento del puerperio, e posso oggi presentarne un piccolo numero, i quali, per poco che valgano, attesa la loro scarsezza, aggiungono sempre una conferma alle conclusioni di Combes, cioè che la febbre sifilitica essenziale durante il puerperio, è rara e solo in coincidenza del puerperio col secondo stadio della malattia celtica.

Trovo nelle mie note personali cenni di 16 osservazioni di donne sifilitiche che hanno avuto, da che contrassero la sifilide, un totale di 41 gravidanze così ripartite:

a) In 8 casi la sifilide data da 1 a 7 anni; vi sono state 33 gravidanze terminate così:

Aborti	17
Parti prematuri con feti morti e macerati . . .	10
» a termine con feti morti o poco dopo . . .	4
» » » vivi (uno l'attuale) . . .	2
	33

Puerperii patologici ben constatati 4, cioè:

Endometriti con flogosi degli annessi	2
Febbre per suppuraz. d'una lacerazione perineale	1
Peritonite leggiera	1
	4

b) In 4 l'infezione sifilitica data da meno di 1 anno; in tre si è cominciata una cura mercuriale, ma non è stata ben fatta; in una nulla. L'esito è stato:

Aborti	3
Parto prematuro con feto morto o macerato . .	1
	4

Puerperi fisiologici.

c) In 3 l'infezione ha avuto luogo o contemporaneamente al coito fecondante o nei primi mesi della gestazione; si ha avuto:

Aborti	2
Parto prematuro, feto morto e macerato	1
	3

Puerperio patologico 1.

Febbre per ritenzione di lembi di membrane . .	1

d) In 1 caso la sifilide è stata contratta nel corso del 7.° mese e si ha avuto:

Parto a termine con feto vivo	1

Puerperio fisiologico.

Il puerperio è stato dunque patologico in soli 5 casi ed in nessuno vi è stata febbre essenziale sifilitica.

Possiamo quindi dire come conclusione che, sopra 41 puerpere sifilitiche, non si ebbe nessun caso d'ipertermia essenziale.

In quanto alla frequenza dunque la nostra statistica è ben lontana dal confermare, anzi è in opposizione perfetta colle conclusioni di Sacreste e di Fauconnier e l'asserzione del Pinard resta men che meno giustificata.

Accettando la dottrina di Fournier, la quale ammette che la febbre è propria del secondo stadio della sifilide, noi abbiamo, come conseguenza pratica, che dobbiamo dire *febbre essenziale sifilitica del puerperio quella che si ha quando il puerperio coincide col secondo stadio della malattia e che non sia dovuta ad altro momento etiologico.*

* * *

B. Flogosi specifiche dell'utero e suoi annessi.

Al contrario della febbre *post partum* specifica, le infiammazioni dell'utero e suoi annessi dovute all'infezione sifilitica, sono meglio accettate; così, p. e., Winckel e Mewis (1) ne rapportano varii casi. Io ne ho uno di data recentissima che mi pare molto chiaro per dimostrare se non altro la predisposizione alle flogosi.

Osservazione II (abbreviata)

(raccolta dall'allievo Farina).

IIIpara nell'8.° mese di gravidanza — Sifilide contratta al 2.° — Roseola sifilitica febbrile 7.o mese — Parto spontaneo a 8 mesi, feto morto e macerato — Lacerazione e ritenzione di membrane — Febbre in 3.ª giornata — Spazzamento endouterino ed irrigazioni — Guarigione perfetta — In 28.ª giornata infiammazione acutissima degli annessi destri senza causa apprezzabile — Cura coll'ittiolo — Guarigione.

Si tratta della nominata Maddalena M., di anni 28, donna di casa, nativa di Palombara Sabina ed abitante Roma.

Sempre bene regolata, si maritò a 22 anni. Ebbe tre altre gravidanze, parti a termine spontanei, feti vivi.

Un giorno, chiamata, parte in tutta fretta per la campagna ad assistere la madre inferma. Là si accorge che la mestruazione è soppressa e si ritiene incinta. Tre mesi dopo, 2 di gravidanza, secondo i calcoli della paziente, fa ritorno in città ed ha subito rapporti sessuali col marito, che avea durante l'assenza della moglie contratto la sifilide e la contagiò. Ebbe perciò fatti primitivi agli organi genitali esterni che durarono parecchio tempo, poi fatti secondarii, indi verso il 7.° mese una roseola sifilitica d'una intensità straordinaria, accompagnata da forte febbre. Ricorse ad un medico che le consigliò la cura mercuriale e cominciò le iniezioni ipodermiche di sublimato; se ne fecero due sole.

---

(1) Mewis. « Ueber Schwangerfchaft, Geb. u. Wachenbett. Syphilitischer. » *Zeitschrist f. Geb. u. Gyn.*, Bd. IV, 1879, p. 10.

Fino al sopraggiungere della febbre sifilitica il feto si moveva regolarmente, ma poi i movimenti attivi cessarono. Si ebbe in quell'occasione indurimento delle mammelle e scolo abbondante di colostro.

Verso l'8.° mese si presenta al mio Istituto, ove si ricovera, in travaglio di parto completamente indolore. Il caso insieme con un altro simile, in cui però la sifilide data da più anni cagionando una serie, 7, di aborti e parti prematuri, formano oggetto di lezione clinica. Si diagnostica in ambo i casi gravidanza al principio dell'8.° mese complicata da diatesi sifilitica con feti morti e macerati. Entrambe queste donne si sgravarono quasi contemporaneamente, la M. al mio Istituto, di un feto morto e macerato. Si ebbe secondamento spontaneo 27 minuti dopo; la placenta era caratteristicamente alterata, le membrane macerate e si stracciavano in lembi, non erano intiere. Finito il secondamento si praticano irrigazioni endouterine per sbarazzare il più che sia possibile la cavità.

Qualche ora dopo il parto, nella mattinata, la temperatura era di 36. 7; nella serata 37; l'indomani mattina 37. 5; sera 37. 8; la mattina seguente 38. 2. Mi accorgo in pari tempo che le purghe sentono un po' e contengono lembi di membrane; però nessun accesso di dolore al basso ventre nemmanco a discrete pressioni.

Fatta un'irrigazione vaginale e visto che ne escono ancora, ricorro allo spazzamento della cavità uterina a mezzo dell'*écouvillon* di Doléris, ed a larga irrigazione antisettica al sublimato (1 per 4000).

La temperatura cadde; la sera era 36.8 e sempre bassa, oscillando tra i 36.8 e 37.5, si mantenne nel prosieguo del puerperio.

Il 18 marzo, in 16.ª giornata, la puerpera lascia l'Istituto completamente rimessa, senza alcun dolore al basso ventre, nè spontaneo nè provocato da pressione e senza febbre; lo stato nutritivo era buono; però le dico di farsi rivedere.

Il 26 marzo riviene all'ambulatorio dell'Istituto per farsi rivedere e riprendere la cura antisifilitica. Ad un esame combinato degli organi genitali ed annessi uterini, si lagna di un senso di dolore degli annessi di destra su cui si percepisce dal dito in vagina un tumoretto, come un uovo di piccione, non spostabile ed un po' fusiforme. Raccomando ai miei assistenti di incominciare le iniezioni ipodermiche mercuriali e consiglio un trattamento antiflogistico locale.

Quattro giorni più tardi l'ammalata ritorna, ma in uno stato febbricitante: deperimento generale apparentemente pronunziato, faccia pallida, tratti del viso stirati, lingua secca, polsi piccoli e deprimibili, dolori vivissimi, spontanei ed esacerbantisi anche coi piccoli movimenti nella regione inguinale destra; v'era insomma quello stato generale particolare, caratterizzato dagli antichi per *stato peritoneale « addominale, »*

I dolori erano talmente intensi da impedire alla donna l'azione del camminare e di rizzarsi, piegavasi perciò in avanti. Impossibile la palpazione del basso ventre, però notasi che la regione destra è più resistente. Col riscontro vaginale e l'esame combinato, trovasi un tumore estremamente dolente, del volume d'un doppio pugno d'adulto, irregolare, allungato, che parte dall'utero e va a perdersi contro le pareti del bacino.

Non potendosi questa povera donna curarsi a casa perchè nell'estrema miseria e non potendo ricoverarla nel mio Istituto per mancanza di letti, la faccio entrare allo Spedale di S. Giovanni nel servizio del professor Mazzoni a cui la raccomando.

* * *

Questi i fatti. Che cosa era avvenuto?

Deve certo trattarsi d'una flogosi intensissima degli annessi e, stando alla topografia del tumore al principio del suo sviluppo, penso che più che d'un flemmone del legamento largo, si tratti d'una infiammazione primitiva della tromba con rapida secrezione sierosa.

Ma qualunque sia la diagnosi anatomica, ciò che importa principalmente pel nostro studio è la diagnosi etiologica.

Quale è stata la causa?

Escludo assolutamente l'infezione artificiale, nel senso che essa abbia potuto conseguire al nostro intervento endouterino; giacchè l'apiressia perfetta che si ebbe dal giorno del raschiamento fino a quello in cui i primi fatti morbosi insorsero, ed il modo come essi insorsero mi confermano nella mia opinione.

Escludo altresì un processo sifilitico nello stretto senso della parola, ma credo poter ammettere una predisposizione nei tessuti alla flogosi per diatesi sifilitica. Per cui le privazioni dell'inferma, perciò che riguarda la nutrizione, i lavori pesanti a cui ha dovuto sottomettersi appena uscita dall'Istituto, il poco riparo del ventre contro la bassa temperatura di quei giorni e forse anche qualche elemento infettivo, che in altre condizioni non avrebbe prodotto tanta lesione, hanno in quei tessuti predisposti alla flogosi, cagionato una infiammazione acutissima.

Abbiamo fatto prognosi fausta, ritenendo che la malata potrebbe benissimo guarire medicalmente, istituendo un opportuno trattamento antiflogistico e corroborante.

Siamo ora lieti apprendere, come la malata trovasi, dopo 40 giorni circa di una semplice cura antiflogistica, cioè riposo assoluto a letto, irrigazioni caldissime vaginali, tamponi all' ittiolo in vagina ed in frizioni nel ventre, buona vittitazione, ecc., è quasi guarita, il tumore è scomparso non rimanendo che un nodulo fusiforme dovuto evidentemente alla tromba.

Ciò dimostra, a parer mio, che tanto la diagnosi etiologica quanto l'anatomica non erano errate, e che se cause comuni esterne, reuma e trauma o interne, microorganismi semplici, han potuto cagionare tanta flogosi, ciò è dovuto certamente perchè han esercitato la loro influenza su tessuti predisposti ad essere più facilmente vulnerati a causa certamente della diatesi sifilitica.

Dopo due mesi di cura la donna è uscita dallo Spedale perfettamente guarita, non rimanendo sugli annessi affetti reliquato alcuno della vivissima flogosi e dell'enorme tumore.

Rivista la paziente più tardi, l' ho trovata perfettamente rimessa tanto localmente quanto nel generale.

SULLA SINFISIOTOMIA

ANNOTAZIONI STORICHE, CRITICHE E BIBLIOGRAFICHE

DEL

Dott. P. G. SPINELLI

(Continuazione, vedi pag. 614).

Ma ritorniamo sui nostri passi ed accingiamoci a studiare brevemente quali furono le sorti della sinfisiotomia nelle altre scuole internazionali di ostetricia.

In Francia, Gardien e Capuron, bisogna ritenere fra' primi che inaugurarono il nuovo periodo razionale della sinfisiotomia. Il primo, seguendo non tanto la propria esperienza ma piuttosto quella degli altri, mise nei veri termini la questione della operazione, assegnando alla medesima quei limiti che, dai risultati sperimentali, si potevano ritenere non essere dannosi alle articolazioni sacro-iliache, perchè ricordisi, che nell'epoca in cui scriveva l'A., i rimproveri maggiori e i più solenni timori venivano appunto dalle lesioni delle articolazioni sacro-iliache. Le esperienze cadaveriche sulle quali il Gardien fondava i suoi apprezzamenti d'indicazione operativa, erano più specialmente quelle di Giraud ed Ausiaux, che vogliamo brevemente riferire. Il Giraud presentò alla Società di medicina un bacino che aveva il diametro di 3 pollici (81 $^{m}/_{m}$); ad un pollice (27 $^{m}/_{m}$) di allontanamento interpudendo, codesto diametro si accrebbe di 2 linee; a 2 pollici (54 $^{m}/_{m}$), di 4 linee; a 4 pollici (108 $^{m}/_{m}$) di 12 linee; è da notarsi, non senza una certa meraviglia, che ciò accadde senza la più lieve rottura dei ligamenti sacro-iliaci. Ausiaux a sua volta aveva preparato un bacino, il cui piccolo diametro, che naturalmente era di due pollici ed un quarto (61 $^{m}/_{m}$), si accrebbe di 6 linee (15 $^{m}/_{m}$) per un allontanamento di 3 pollici (81 $^{m}/_{m}$) fra le ossa del pube. Da queste due preparazioni anatomiche il Gardien conclude, 1.° che tre pol-

lici (81 $^{m}/_{m}$) di allontanamento fra le ossa del pube aumentano il piccolo diametro dello stretto superiore di sei ad otto linee; 2.° che l'allontanamento delle ossa del pube oltre il limite surriferito, accresce lo stesso diametro in maggiore proporzione; 3.° finalmente, che l'accrescimento di codesto diametro è tanto maggiore, quanto il bacino è più viziato (!).

Tali sono i principii che il Gardien stabilisce per provare che la sezione del pube può facilitare il passaggio di una testa ordinaria, o che abbia la larghezza di tre pollici e mezzo (95 $^{m}/_{m}$), attraverso un bacino il cui diametro sacro-pudendo è di due pollici soli (55 $^{m}/_{m}$). In questo caso si dovrebbe ottenere un accrescimento di un pollice e mezzo, 40 $^{m}/_{m}$), quantità di cui la larghezza della testa eccede quella del bacino; e siccome dai calcoli sperimentali a questo aumento non si giunge, il Gardien fa riflettere « che il beneficio della sinfisiotomia dipende assai dall'allungamento del diametro antero-posteriore del bacino, ma ancora più dalla precauzione d'impegnare una delle protuberanze parietali nello spazio che si trova fra le due ossa del pube disgiunte, e di far passare l'altra all'innanzi di una delle sinfisi sacro-iliache. È per tal modo che da una parte, per l'allungamento del diametro pelvico si guadagnano sei o otto linee (15 a 20 $^{m}/_{m}$), e che dall'altra, l'accorciamento del diametro trasverso della testa per effetto della situazione diagonale, può stimarsi giungere a cinque o sei linee (12 a 15 $^{m}/_{m}$) per ciascuna estremità...; lo che dà in tutto circa un pollice e mezzo. » In quanto alla proposizione formulata dal Gardien circa l'accrescimento del diametro sacro-pubico tanto maggiore, quanto il bacino è più viziato, evidentemente vi è un errore di apprezzamento.

Da ultimo vogliamo ricordare di una nuova indicazione di sinfisiotomia formulata dal Gardien, cioè nei casi di incarceramento da retroversione di utero gravido. Questa proposta, ch'io mi sappia, non ha avuto la sanzione della pratica.

Capuron è un critico molto più severo nella questione della sinfisiotomia; ma dato i tempi in cui scriveva, le sue conclusioni sono di un rigore logico, che non si riscontra nella maggior parte degli autori che lo precedettero nella trattazione della materia. Egli riprova altamente l'ottimismo degli ostetrici che ritenevano la sezione del pube, come l'unico ed esclusivo espediente per soccorrere una donna partoriente, qualunque fosse stato il grado di mala conformazione del suo bacino; e

parimenti l'ostinatezza di coloro che la volevano bandita in ogni caso come gravissima ed inutile; ma ritiene che la sinfisiotomia può riescire utile o vantaggiosa in alcune circostanze, benchè sia difficilissima, per non dire impossibile, determinarle in pratica. Pertanto il Capuron è preso da sacro orrore per la mortalità che aveva seguito alla maggior parte di sinfisiotomie fino allora eseguite: « sarebbe necessario, egli dice, avere un'anima assolutamente insensibile per non commuoversi al destino delle vittime immolate all'errore ed all' entusiasmo di un momento, e certamente, o noi ci inganniamo di assai, la narrazione di questa sanguinosa scena non onorerà giammai la storia dell'arte. » L'A. con una critica vivace discute le conclusioni del Gardien, ma del resto, seguendo l'andazzo dei tempi, riduce tutti i suoi timori per la operazione alla lacerazione delle sinfisi sacro-iliache! Capuron mette in dubbio i risultati sperimentali di Giraud ed Ausiaux riguardo alla integrità delle articolazioni ileo-sacrali con un divaricamento interpudendo di 3 pollici (82 $^{m}/_{m}$): « si usi ogni possibile precauzione, egli dice, per moderare la separazione di queste ossa, e per impedire che sia troppo repentina; tutte le cognizioni fisiologiche ci fanno temere il distacco del periostio e la lacerazione dei legamenti che rinforzano la unione del sacro con le ossa iliache.... » « si citano alcune sezioni cadaveriche, ma cosa provano queste in confronto dell'autopsia di molte donne, morte dopo essere state sottoposte a tale operazione ed il cui bacino offriva orribili disordini? » Tuttavia il Capuron stabilisce che la operazione si debba eseguire soltanto nei casi in cui il diametro sacro pudendo dello stretto superiore abbia più di 2 pollici e mezzo (70 $^{m}/_{m}$), « perchè numerosi fatti hanno dimostrato i pericoli che avvengono oltre questo limite di accorciamento, » e soggiunge, animato quasi da spirito profetico: « forse un giorno, meno timidi e meno riservati, saremo costretti a riconoscere vantaggi molto più estesi, ma ciò non avverrà giammai sulla fede di semplici ragionamenti teorici, che sappiamo bene essere istrumenti più acuti del coltello del più destro seguace della sinfisiotomia. » Ma dove con maggior precisione mette chiara la questione della sinfisiotomia, ed in questo egli è stato fra i primi in Francia, è nel paragone che istituisce tra l'operazione cesarea ed il taglio della sinfisi; ecco come termina l'interessante capitolo dedicato a questo studio comparativo: « concludiamo che l'operazione cesarea, benchè costante-

mente salutare pel bambino, è di rado senza pericolo, e molto di frequente mortale per la madre; che all' opposto la sezione del pube più circoscritta e limitata nella sua utilità, è più pericolosa pel feto, e meno terribile per la madre; conclusione che d'altronde è assolutamente conforme al risultato dell'esperienza. Ne avviene quindi che se fosse mestieri scegliere fra queste due operazioni, essendo, per via di esempio, la ristrettezza del bacino superiore a due pollici e mezzo (70 ^{m}[m), la sinfisiotomia sarebbe più razionale e per conseguenza da preferirsi; giacchè se dessa rischia di far perire uno degli individui, li può salvare entrambi, mentre che l'operazione cesarea ne salva indubitatamente uno solo, e sacrifica quasi sempre l'altro. »

I. F. Maygrier, con minor interesse ed autorità di Gardien e Capuron, tratta tuttavia la questione della operazione da un punto di vista pratico; anzi fra i primi stabilisce nettamente che non era il caso istituire paragone tra la sinfisiotomia e l' operazione cesarea: « Noi non siamo più, egli scrive, in quei tempi fastidiosi in cui era di rigore prendere apertamente partito per l'una o per l'altra operazione.... Oggi che la fredda e tranquilla ragione ha calmato gli spiriti e che non vi sono più partiti da combattere o opinioni da confutare, si è venuto alla conclusione che in luogo di proscrivere l'una o l'altra di queste operazioni, fosse più saggio di adottarle tutte e due « non essendo il caso di istituire paralleli fra i due metodi, che sono estranei l' uno all' altro. »

Mme Lachapelle si dichiara incompetente dell' operazione: « non avendola mai praticata, ella dice, e non avendo sul soggetto alcuna idea nuova, mi dispenso dal descriverla. » Tuttavia l'A. porta il suo giudizio sulla utilità dell' operazione: « Sopratutto nei casi in cui il diametro trasversale è viziato la operazione può divenir utile, poichè tutta l'estensione del divaricamento allora è utilizzato all'aumento del detto diametro; nei casi al contrario, in cui il diametro antero-posteriore è troppo stretto non si può sperare che poche linee di aumento malgrado un divaricamento enorme, ed allora si deve più all' impegno di una delle bozze parietali nel divaricamento, anzicchè all'accrescimento reale del diametro, i vantaggi che si possono ottenere. Questo vantaggio sarebbe ben più grande se si potesse, come assicurano Sigault e Alfonso Leroy, divaricare senza danno i pubi fino alla distanza di tre pollici; infatti allora si potrebbe impegnare nel divaricamento quasi la metà della testa del

feto (la fronte, la faccia e la tempia), ed estrarla facilmente, dirigendo d'avanti in dietro il suo diametro occipito-frontale, col rischio di aumentare un po' la lacerazione della pelle del pube e della vulva, lacerazione poco importante se si compara ai pericoli che correrebbe la vita del feto quando si vuol far passare violentemente una testa di 3 pollici e mezzo attraverso un bacino di 2 pollici e mezzo, che non ha potuto guadagnare che un mezzo pollice pel fatto dell'operazione della sinfisi. »

Queste sono le opinioni degli autori più competenti che scrissero sulla materia nel primo ventennio del nostro secolo. Ma reputiamo pregio dell'opera esaminare anche il contributo portato sulla questione dalle *tesi dottorali* presentate alla Facoltà di Parigi, le quali rispecchiano chiaramente le idee della scuola nelle diverse epoche in cui vennero pubblicate.

Una delle prime tesi è quella di Lescure (1803) che è una fedele esposizione delle idee del suo maestro Alfonso Leroy. La tesi di Ausiaux, comparsa poco dopo, nell'istesso anno 1803, è invece più originale e può essere classificata fra le migliori. Le conclusioni sono desunte da esperienze cadaveriche fatte su bacini di donne morte poco dopo il parto: « Tutte le volte che il bacino presenterà due pollici e un quarto di diametro antero-posteriore, si potrà riuscire a praticare la sezione della sinfisi; ma allorchè la deformità sarà più considerevole, bisognerà ricorrere all'operazione cesarea. » Riguardo poi agli accidenti imputati alla sinfisiotomia: difetto di riunione dei pubi causata dal cammino prematuro o dall'assenza di una fasciatura consecutiva, i depositi purulenti, consecutivi al divaricamento delle sinfisi sacro-iliache, l'incontinenza d'urina che si spiega per la compressione del collo vescicale o dalla ferita dell'uretra e della vescica, ecc. ecc.: l'A. dimostra che dette complicazioni sono evitabili e poco dannosi.

Rochot (1807) nella sua tesi si preoccupa sopratutto di confutare le obbiezioni di Piet e di Lauverjat, che dimostra false od esagerate; Demangeon (1811) non fa che l'analisi dell'osservazione della donna Lauzanne, operata da A. Dubois, alla Maternità di Parigi.

Augusto Baudelocque (1823) non ammette la sinfisiotomia che in limiti molto ristretti; Bouillet (1832) critica i differenti processi operatori di sinfisiotomia, e dà la preferenza a quello immaginato da Baudelocque (il giovine). Lecarpentier (1833) viene alle stesse conclusioni,

ma nella sua tesi troviamo riferito un caso di sinfisiotomia, che riporteremo in seguito. Faure-Biguet (1831) e A. Huard (1844) non aggiungono nulla di nuovo sulla questione. L'ultima tesi pubblicata a Parigi sulla sinfisiotomia è quella di Lachaze (1846). È uno studio generale, ma molto completo, della questione, e vi si trovano dettagli preziosi sulle indicazioni e sulla pratica operativa.

L'operazione della sinfisiotomia andò rapidamente scomparendo nella pratica degli ostetrici di Parigi. Invero, nonostante che Antonio Dubois avesse operato per la seconda volta e con successo la donna Lauzanne, in seguito l'operazione non venne tentata che altre due volte da Béclard e da Augusto Baudelocque. Il primo operò alla Maternità il 25 novembre 1821, una giovane rachitica, il cui bacino ristretto aveva una C. V. di 7 cent.; il feto, dopo molti tentativi di forcipe, fu estratto vivo, ma morì dopo due ore; la madre guarì dopo 65 giorni dall'operazione. M.e Lachapelle, che riferisce il caso nella sua opera « Pratique des accouch., » avendo osservata la donna 9 mesi dopo il parto, constatò la presenza di una fistola vescico-vaginale. Il caso di Augusto Baudelocque è riportato, come abbiamo detto innanzi, nella tesi di Lecarpentier; il feto fu estratto vivo e visse; la madre morì al 16.° giorno, ma l'autopsia non mostrò alcun disordine nell'apparato genitale nè nelle sinfisi sacroiliache; la morte si attribuì a causa estranea al puerperio.

Nelle altre cliniche francesi la operazione subì la medesima sorte.

Abbiamo i particolari di una sinfisiotomia, praticata negli Ospedali di Lione da Cliet, allora chirurgo capo della Carità, nel mese di ottobre 1820, sopra una donna con coniugata vera di mm. 67. 5. L'operazione fu semplice e l'estrazione del feto fu fatta col forcipe. La operata morì con fenomeni d'infezione purulenta al 9.° giorno di puerperio. Il feto, che venne vivo, non sopravvisse. Il travaglio preparatorio, lungo e difficile, a causa dell'estrema lentezza della dilatazione del collo dell'utero, restato per lungo tempo rigido, dovè certamente esercitare una influenza malefica sulla vita del feto. Cliet si domanda, a tale proposito se, in un caso analogo, l'ostetrico non fosse autorizzato a fare lo sbrigliamento del collo? Merita di essere notato in questo caso del Cliet che durante l'espulsione del feto la fronte e parte della faccia si impegnarono nello spazio interpubico, l'occipite essendo restato indietro; il disimpegno ne fu facile col forcipe applicato nel senso trasversale. Inoltre

è importante il reperto anatomo-patologico. Il bacino presentava i caratteri della viziatura rachitica, diagnosticata in vita, e non si riscontrarono disordini di sorta nelle sinfisi pelviche posteriori, nonostante che il divaricamento dei pubi era stato portato fino a 65 a 70 mm. (Rendiconto medico-chirurgico pubblicato da Cliet nel 1823).

Bisogna arrivare all'anno 1834 per ritrovare a Lione nuovamente menzionata la sinfisiotomia nella tesi di Faure-Biguet, discepolo di Imbert, chirurgo in capo della Maternità, che praticò questa operazione con un *suo speciale processo sottocutaneo*, che da allora ha portato il nome dell'autore. Il Bouchacourt nel suo articolo « Pubiotomia, » parlando di questo metodo sottocutaneo, attribuisce ad Imbert il merito di averlo per primo formulato ed eseguito; il processo di sinfisiotomia eseguito da Imbert certo appartiene a lui, ma l'idea del metodo sottocutaneo nella operazione della sinfisi era già stato enunziato da altri, e messa in pratica per primo da Canivel di Utrera (Andalusia), nel 1780, con risultato felice per la madre e pel feto.

Venti anni più tardi, nel 1854, il dott. Augusto Petit, antico interno degli ospedali, praticò a Ginors (provincia di Lione), un'altra sinfisiotomia. In questo caso la madre fu salva ed il feto, estratto vivo, soccombè ben presto.

In una collezione di fatti ostetrici presentati all'Accademia di Medicina di Parigi nel 1853, si trova la notizia di un'altra operazione di sinfisiotomia praticata da Maslieurat-Legunard. L'operazione venne fatta nel novembre 1847, sopra una donna della Creuse, IVpara, che non poteva partorire, malgrado due applicazioni di forcipe, seguita dalla versione senza miglior risultato. Il feto non dava più segno di vita; si fecero nuovi tentativi di forcipe sulla testa postica inutilmente. La sinfisiotomia, eseguita col processo Sigault, diede luogo ad un divaricamento delle ossa del pube, assai pronunziato tanto che le dita vi penetravano facilmente, ed allora con leggierissime trazioni si estrasse la testa, che prima era arrestata al distretto superiore. La donna guarì e lasciò il letto al *15.° giorno per riprendere le sue occupazioni abituali.*

Depaul che lesse questa osservazione all'Accademia di Medicina, nella seduta del 23 marzo 1853, deplorava, con ragione, l'assenza completa di particolari sulle dimensioni del bacino della madre e della testa del feto; del resto in questo caso pare si fosse trattato di un feto molto

sviluppato, perchè nella storia della donna è detto che ella aveva partorito altre tre volte prima, e che dopo l'operazione è sopravvenuta una quinta gravidanza, felicemente terminata, con la nascita di un bambino vivente.

L'ultima operazione di sinfisiotomia praticata in Francia, e di cui si è fatta menzione, pare sia quella comunicata all'Accademia di Medicina di Parigi dai dottori Foucault e Dairaux (*Bull. de l'Acad. de méd. de Paris,* 1866, T. XXV, p. 1093). Il feto durante la estrazione morì; la madre andò salva.

A misura che ci avanziamo in questa nostra rivista vediamo che anche le discussioni sulla operazione van perdendo man mano quell'interesse che ancora suscitava negli autori del principio del secolo. All'abbandono nella pratica della operazione seguiva naturalmente la indifferenza, e solo di tempo in tempo vedremo qualche scrittore risollevare la questione senza trovare però forza di convincimento che venisse da fatti clinici di propria osservazione. Così il Murat, in un lungo articolo nel « Dictionnaire des sciences médicales » fa il riassunto di tutto quello che si era detto pro' e contro la sinfisiotomia, ma non aggiunge nulla di nuovo e d'interessante. Similmente il Désormeaux che nel tomo XX del « Dictionnaire de médicine » si dichiara piuttosto favorevole all'operazione, in limiti molto ristretti; 16 anni più tardi, nel tomo XXIX dello stesso dizionario, in un secondo articolo che scrisse in collaborazione di Paolo Dubois, si schiera fra i fautori dell'embriotomia e del parto prematuro, che dovevano rimpiazzare qualunque altra operazione ostetrica. Moreaux a sua volta parla brevemente e sfavorevolmente della operazione che era stata completamente abbandonata.

Velpeau, invece consacra alla sinfisiotomia un lungo ed importante capitolo nella sua classica opera di ostetricia. Per l'A. l'operazione della sinfisi era il solo mezzo di salute che si possa impiegare: « 1.° quando la testa si trova inchiodata nella cavità, dopo aver traversato uno stretto superiore molto accorciato; 2.° quando la testa ha oltrepassato l'orificio e si è fermata per l'angustia nello stretto inferiore; 3.° quando il tronco è fuori, la vita del bambino non dubbia, e la testa nella impossibilità di oltrepassare le vie naturali. In questi tre casi la sinfisiotomia è preferibile alla operazione cesarea, anche dopo la morte della donna, perchè sarebbe quasi impossibile di non far perire il bambino cercando di estrarlo per l'apertura addominale. La sinfisiotomia offre, inoltre, incon-

trastabili vantaggi ogniqualvolta l'accorciatura interessa i diametri trasverso ed obliquo; quando questa accorciatura stessa esista allo stretto inferiore e quando dipenda da una esostosi, da un tumore solido qualunque collocato lateralmente, da una sporgenza della cavità cotiloide ecc. » Infine l'A. stabilisce le seguenti condizioni perchè si possa praticare la sinfisiotomia: « 1.° che il feto sia vivo; 2.° che la presentazione sia naturale, e *per quanto si può, che dopo non sia necessario di estrarre il bambino per i piedi*; 3.° che il collo uterino sia largamente dilatato; 4.° che la donna sia abbastanza giovane perchè non si debba temere l'anchilosi del bacino. » Però con tutte queste buone disposizioni il Velpeau non ha trovato mai l'opportunità di eseguire l'operazione!, fatto che fa grandemente meraviglia, considerato l'ambiente clinico in cui esercitava la sua arte.

Jacquemier non rigetta assolutamente l'operazione, giudicando che essa può avere le sue indicazioni in alcuni casi speciali; l'A. però non accetta che fosse eseguita in bacini il cui diametro antero-posteriore fosse minore di 74 e 75 m/m, e l'esclude addirittura quando il feto *presentasse la pelvi o il tronco.*

Cazeaux per contrario pensa che tutte le circostanze che meglio indicherebbero l'operazione di Sigault sono del pari le più opportune per il parto prematuro artificiale, il cui esito è dall'esperienza mostrato più sicuro. E l'A. aggiunge: « cercando di formulare un apprezzamento delle indicazioni di questa operazione, noi non possiamo punto attenerci alle regole stabilite dai suoi fautori; lungi dall'essere precise e rigorose, come essi credevano, queste regole sono praticamente vaghe ed incerte. Se dimenticando per un istante le discussioni teoriche, consideriamo la questione sotto il suo aspetto pratico, arriviamo presso a poco forzatamente a questa conclusione: *che la sinfisiotomia allo stato attuale della scienza non sia più praticabile.*

Il Cazeaux non ha creduto di modificare il suo giudizio in tutte le altre edizioni della sua classica opera; e lo troviamo inalterato anche nell'ultima edizione, rifatta e pubblicata con numerose aggiunte del prof. Tarnier.

L'attenzione sulla operazione venne di nuovo richiamata con la tesi di Lacour, dal titolo « Recherches historiques et critiques sur la provocation de l'accouchement avant terme, » pubblicata a Parigi nel 1844.

In questo interessantissimo lavoro l'A. descrive, secondo i dettami del suo maestro Stoltz, l'operazione della *pubiotomia* col metodo sottocutaneo.

Vogliamo ricordare, come notizia storica, una proposta di Ollier (1854), con la quale la *sinfisiotomia* doveva essere praticata prima del parto, per cui l'A. la denominò *sinfisiotomia preventiva;* la operazione doveva consistere nel taglio della sinfisi durante la gravidanza, nei casi di restringimento di bacino; secondo l'A., favorendo la cicatrizzazione con un divaricamento dei pubi, graduata al restringimento del bacino, si sarebbe preparata al feto una via sufficientemente larga al suo passaggio. Ollier non ha dato, in seguito, altro svolgimento alla sua idea ingegnosa, e non ci risulta che l'operazione abbia mai avuto la sanzione della pratica, nè tampoco la considerazione da parte dei fautori stessi della operazione a termine di gravidanza.

L'insegnamento e la pratica in Francia inclinano sempre più verso il metodo inglese, l'embriotomia e la cefalotrissia; e Stoltz stesso che aveva introdotto il metodo sottocutaneo nella pubiotomia, modificazione della sinfisiotomia, continua a preferirle l'operazione cesarea. Joulin è dello stesso avviso; la sinfisiotomia aveva avuto risultati tanto poco soddisfacenti che non valeva la pena di ridestarla dall'oblio in cui era caduta. Pajot e Tarnier a loro volta bandirono completamente dall'insegnamento e dalla pratica l'operazione della sinfisi. Senonchè l'illustre Tarnier nel testo che accompagna il suo « Atlas complémentaire de tous le traités d'accouchem. » (atlante compilato in unione con Lenoir e Sée), dimostra come egli non fosse del tutto contrario all'operazione, che non sarebbe irragionevole combinare col parto prematuro nei restringimenti di 6 a 7 cent.; ed aggiunge: « *qu'il n'est peut-être pas audacieux ni téméraire de penser que la synphyséotomie sera un jour le complément de l'accouchement prématuré.* »

Fra gli ultimi autori che hanno scritto in Francia della sinfisiotomia verso la fine di questo secondo periodo, bisogna ricordare lo Chally-Honoré, lo Schwartz e lo Charpentier.

Il primo nel suo « Traité pratique de l'art des accouch. » (Paris, 1878, 6.ª ediz.), riassume molto chiaramente i giudizi e le opinioni che, sulla operazione, correvano nelle scuole francesi. « La sezione della sinfisi, egli scrive, è stata consigliata nei casi in cui il bacino non presenta che da 9 cent. fino a 7 cent.; ma il parto prematuro artificiale durante

la gravidanza, e la cefalotrissia, se per disgrazia i soccorsi dell'arte non sono reclamati a tempo perchè si possa provocare il parto prematuro, hanno fatto abbandonare questa operazione. » L'A. poi non crede che la sezione della sinfisi pubica possa dare ad un bacino ristretto una ampliazione tale, che un feto di volume normale possa attraversarlo senza sforzi pregiudizievoli alla madre ed al feto, giacchè, preoccupato quasi esclusivamente del pericolo della lacerazione delle sinfisi sacro-iliache, egli vorrebbe che il divaricamento dei pubi non fosse portato al di là di 5 1[2 cent.; ed allora il diametro antero-posteriore non verrebbe aumentato che di 1 cent. Per cui a 7 cent. 1[2 il divaricamento ottenuto non dispenserà di esercitare sulla testa del feto degli sforzi assai considerevoli per mezzo del forcipe, e l'operazione avrebbe una grandissima gravità per la madre e pel feto. Se invece il bacino non aveva che 7 cent., non si potrebbe ottenere un massimo che di 8 1[2 cent., ed allora il forcipe spesso era insufficiente e la perforazione del cranio e la cefalotrissia divenivano necessari, malgrado la sinfisiotomia e detto altrimenti, *si sarebbe sacrificata la madre senza profitto del feto....* E se per caso il feto fosse estratto vivo, ciò dipenderebbe da condizioni rarissime a riscontrarsi riunite, il piccolo volume della testa, la sua riducibilità, il rilasciamento naturale delle articolazioni sacro-iliache. Tuttavia l'A. crede che nei restringimenti dei diametri trasversi ed obliqui la sinfisiotomia avesse presentata maggiori vantaggi. Infine conclude che quando non si è potuto provocare il parto prematuro, ed essendo vivo il feto, non si dovrà scegliere che tra la sinfisiotomia e la perforazione del cranio. « *L'accoucheur,* egli dice, *reduit à une aussi dure extremité, ou de porter atteinte à la vie de la mère, sans savoir si l'on aura un enfant vivant, ou de sacrifier l'enfant à l'intérêt de la mère, prendra conseil de sa conscience; j'ai dit que, pour moi, le choix ne serait pas douteux.* »

Schwartz nell'articolo *Pubis* del *Dictionnaire de Jaccond* (1881), dopo aver spese poche parole sulla sinfisiotomia per constatarne la radiazione dal quadro delle operazioni ostetriche, aggiunge « non crediamo che la medicatura di Lister cambi il giudizio pronunciato dalla grande maggioranza degli ostetrici. »

Charpentier infine nel suo classico « Traité pratique des accouchements » (1883), consacra alcune parole alla sinfisiotomia, e sebbene

informato del movimento di cui si era fatto promotore il Morisani di Napoli a favore della operazione, conclude il capitolo in questo modo: « dubito forte che si trovino molti ostetrici disposti a ritornare sulla sinfisiotomia. »

Nè in Germania questo secondo periodo trovò fautori o benevoli i cultori di ostetricia.

Dopo l'operazione di Mursinna fatta nel 1824, nella quale madre e bambino soccomberono rapidissimamente (1), non troviamo registrata che solo un'altra osservazione nel giornale di Casper, 1842, pubblicata da Damman. Si trattava di un feto enorme, la cui testa, che aveva il volume di quella di un bambino di 18 mesi, senza essere idrocefalica, era inchiodata nel bacino; il forcipe non potendo essere applicato ed il feto essendo ancora vivo, Damman praticò la sinfisiotomia, che permise l'introduzione delle branche, la loro articolazione e la terminazione fortunata del parto. La madre si ristabilì, ma il feto, estratto vivo, non è vissuto in seguito.

Oltre queste operazioni, due altre volte la sifisiotomia fu proposta dal Michaelis in casi di bacini generalmente ristretti, ma non potè essere praticata, perocchè i consulenti vi si opposero; di ciò il Michaelis si doleva. Nel primo caso (1834) la madre ed il feto soccomberono; nel secondo (1836) la madre morì in puerperio; il feto venne alla luce vivente, ma debole e soccombè 36 ore dopo la sua nascita.

Fra gli autori che si occuparono della operazione, citeremo quelli che rappresentarono le idee delle scuole di ostetricia tedesca.

Incominciando da Osiander, questo celebre ostetrico di Gottinga non ammetteva la sinfisiotomia che in due soli casi: 1.° quando non si avesse il forcipe e la testa del feto vivo fosse incuneato nel bacino; 2.° quando nell'atto della operazione il forcipe divenga inservibile ed il cucchiaio rotto rimanga come zeppa fra il bacino ed il capo del feto.

Ritgen considerava molto utile la operazione e ne moltiplicava le indicazioni, che per lui ascendevano a quindici. Tutto al contrario Kilian,

---

(1) Le notizie di questa operazione sono brevemente accennate nel *Berl. Klin. Wochenschr.*, 1874.

il fautore ad oltranza dell'embriotomia anche a feto vivo e che vorrebbe sostituirla in tutti i casi al parto cesareo, spende diverse pagine per convincere che « *la sinfisiotomia non riuscirebbe utile fuorchè in un bacino regolarmente ristretto,* » e in ogni caso che « *essa è senza confronto operazione più infida, a motivo delle frequenti e non prevedibili complicazioni, dello stesso taglio cesareo, rispetto al quale è maggiormente dolorosa e soltanto lievissima la differenza nel pericolo.* »

I Naegele, padre e figlio, sono entrambi contrari alla sinfisiotomia, e le loro maggiori obbiezioni si possono riassumere così: 1.° le esperienze dimostrano che l'aumento dei diametri del bacino dopo la sinfisiotomia è minimo; 2.° non si può stabilire fin da principio se i pubi si divaricano e di quanto, potendo trovarsi le sinfisi sacro-iliache ossificate o anche la sinfisi stessa del pube ossificata; 3.° non si sa neppure di quanto il bacino si allargherà e se l'aumento ottenuto sarà sufficiente a permettere la terminazione del travaglio; 4.° i risultati per la madre e pel feto sono sfavorevoli; 2[3 delle madri si salvano ed 1[3 solo dei feti. *Per tali ragioni*, conclude Naegele *juniore*, *la sinfisiotomia è attualmente del tutto radiata dalla lista delle operazioni ostetriche.*

Grenser, che terminò l'opera lasciata incompleta da H. F. Naegele, non aggiunge alcun commento alle dette conclusioni, contentandosi solo di ricordare altre indicazioni di sinfisiotomia, come erano state proposte, ed il processo della pubiotomia.

Similmente Carlo Braun, uno dei più grandi maestri dell'ostetricia tedesca, non porta opinione differente sulla operazione. Nel suo « Trattato completo di Ostetricia » dedica un brevissimo capitolo sulla sinfisiotomia, giungendo alla conclusione « che la operazione è a buon diritto cancellata dalla serie delle operazioni ostetriche, poichè per essa non si compensa un vizio di proporzione del bacino, è molto dolorosa, è lunga e se vi abbia sinostosi di una articolazione del bacino, è impraticabile, e senza scopo; non fa che aumentare le difficoltà della estrazione del feto, ed i pericoli della madre, ed anche quando l'esito è favorevole, si hanno sempre incurabili malattie consecutive. »

Scanzoni a sua volta la condanna assolutamente, e non la vorrebbe riservata che per i casi nei quali si creda doverla preferire all'operazione cesarea sulla donna morta (*sinfisiotomia post mortem*) supponendosi ancor vivo il feto. La quale indicazione del resto era stata già proposta dal

Wilde, che, a tale riguardo così si esprime: « doversi praticare la sinfisiotomia nella donna morta in travaglio allorchè la regione fetale che si presenta, testa o pelvi, è fissata o inchiodata nel bacino moderatamente ristretto, e quando il feto è ancora in vita. »

Più tardi lo Scanzoni stesso tralascia del tutto di far motto della operazione nel suo *sunto teorico-pratico di ostetricia*, per cui il Finizio, che annotò questo manuale tradotto in italiano dal Mayer, ebbe a compiacersene quasi, scrivendo: « *fra gli scrittori moderni di ostetricia il prof. De Scanzoni è il primo che ha depennato la sinfisiotomia dalle operazioni tocologiche.* »

Gustavo Braun non cita neppure il nome della sinfisiotomia, e Schröder, che nelle prime edizioni del suo importante « Manuale di Ostetricia, » accenna fugacemente all'operazione, avvertendo che mentre per la sinfisiotomia non si ottiene valutabile allargamento nel bacino, la madre corre i maggiori pericoli e subisce le più tristi conseguenze, nelle successive edizioni della sua opera finisce col radiarla anch' egli dal novero delle operazioni ostetriche.

Come risulta evidente da questo breve cenno bibliografico, gli ostetrici tedeschi sono rimasti nella tradizione; essi non si sono punto preoccupati di studiare la sinfisiotomia dal lato sperimentale, ed a loro è mancata anche qualsiasi pratica clinica della operazione; si sono invece accontentati solo di ripetere la monotona uniformità di giudizii espressi dai primi avversari della operazione; l'anatema del Siebold, il primo operatore di sinfisiotomia in Germania, restò canone di fede nella ostetricia Alemanna.

Nè altrimenti l'operazione venne giudicata dagli ostetrici Inglesi ed Americani del Nord. Il Burns se ne occupa brevemente, accettando le conclusioni sfavorevoli del Baudelocque; Roberto Barnes nelle sue lezioni sulle operazioni ostetriche ne tace anche il nome. Playfair scrive che la sinfisiotomia non ha fondamenti logici e che è grave per la madre quanto il parto cesareo, che ha più sicuri vantaggi pel feto. In tutto questo secolo pare che in Inghilterra la sinfisiotomia non sia stata neppur tentata alcuna volta. Così anche in America, ed il Meigs che affermando ciò ne traeva titolo di merito pel senno clinico americano, soggiungeva che « egli, da sua parte, non si sentiva punto disposto a consigliarla. »

Senonchè dopo la nota del Morisani al Congresso di Londra, R. H. Harris di Filadelfia, in una pubblicazione dal titolo: « The Revival of the Symphyseotomy in Italy » (*Journ. of the Medic. Scienc.*, 1883), titolo che non è esatto, perchè in Italia, presso la scuola napoletana, la sinfisiotomia non era stata giammai abbandonata, presenta un'idea abbastanza completa del movimento storico ed operativo che si era fatto e che si continuava a fare in ordine alla sinfisiotomia, e senza venire a conclusioni definitive, per conto proprio fa voti che si prenda in seria considerazione la questione della operazione che era difesa da un professore autorevole come il Morisani di Napoli.

Nel Belgio, nella Spagna, nell'Olanda e nelle altre regioni di Europa dove il movimento scientifico, e in ispecie quello concernente la branca ostetrica, si è svolto con maggiore lentezza, la sinfisiotomia non ha avuto migliore sorte. Dei trattatisti alcuni ne accennano appena il nome a titolo storico, altri lo hanno radiato dal novero delle operazioni ostetriche. Il Wasseige nelle sue « Opérations obstétricales, » Liège, 1881, appena si ferma sulla sinfisiotomia che dichiara « avere conseguenze gravissime per la madre, la quale è esposta quasi agli stessi pericoli che per l'operazione cesarea. » In un mio viaggio in Ispagna, nel 1888, chiesi ad un vecchio ostetrico della Università di Barcellona che si pensasse della operazione nelle scuole di ostetricia spagnole, ed egli rispose che *della sinfisiotomia si era dimenticato anche il nome.* Tuttavia mi assicurava che oltre il caso di Delando e Cannivel, praticato nel 1780 ad Utrera di Andalusia, in Ispagna si erano ripetute parecchie altre operazioni al principio del nostro secolo. Anche in Olanda a principio del secolo troviamo registrate due operazioni di sinfisiotomia, praticate da Bolsius nel 1804, in Oitrocht (feto morto, madre guarita), e da Van Wy, ad Arnheim, pure nel 1804 (feto morto e madre guarita).

(*Continua*).

Prof. LUIGI MANGIAGALLI

Due casi di tachicardia consecutiva ad operazioni laparotomiche

Nella mia pratica laparotomica, ho osservato due casi di notevoli disordini della funzionalità del cuore, che mi pare si possano far rientrare nel tipo clinico conosciuto della tachicardia essenziale parossistica. La conoscenza esatta di questa affezione è relativamente recente. Fu infatti nel 1882 che Pröbsting pubblicò nell'*Archivio tedesco di clinica medica*, una memoria dal titolo « Sulla tachicardia » nella quale pubblicava una serie di osservazioni di Gerhardt e proprie e metteva in nuova luce osservazioni meno recenti; ma è soltanto alla pubblicazione della memoria di Bouveret, fatta alla fine dell'anno 1889 nella *Revue de médecine* (10 settembre e 10 ottobre), che dobbiamo la diffusa conoscenza e la denominazione più comunemente accettata, quella di *tachicardia essenziale parossistica*. L'espressione è facile a comprendersi e la definizione conviene, cosa non frequente in medicina, alla cosa definita: la frequenza del polso sale rapidamente o anche qualche volta improvvisamente, senza causa apprezzabile, a 140-160-180-200 e più pulsazioni con o senza fenomeni asistolici e dopo minuti, ore, giorni, mesi, anni, diminuisce rapidamente: può aversi la guarigione, molte volte ne seguì l'esito letale, (sopra 28 casi raccolti da Janicot si ebbero 8 morti). Dopo quella di Bouveret, nello spazio quindi di circa tre anni, le pubblicazioni si succedettero in buon numero, la casuistica ingrandì enormemente, la chiarezza del concetto primitivo ne venne qualche volta forse oscurata da troppo prolisse distinzioni scolastiche e la casuistica ingombrata da osservazioni di tachicardia sintomatica. Poichè se l'indicazione *parossi-*

stica potrebbe talvolta essere omessa, essendovi numerose osservazioni in cui abbiamo il quadro principale senza l'insorgenza accessionale, dobbiamo però conservare per ora l'epiteto di essenziale, applicandolo naturalmente alle forme idiopatiche e sottintendendo che si debbano considerare tali solo relativamente allo stato delle nostre conoscenze, togliendo dal quadro attuale ogni accelerazione del ritmo cardiaco, la cui origine potesse riferirsi ad una causa patologica evidente: può quindi avere soltanto un valore secondario e didattico, p. es. la complessa classificazione di Huchard delle tachicardie in esperimentali e fisiologiche, in bulbari, in nevro-periferiche, in nevrosiche, in riflesse, in tossiche, in discrasiche, in infeziose, in cardiache e miocardiche. Non è a dire però che gli scritti di tanti clinici non abbiano contribuito a far progredire lo studio di tale manifestazione morbosa. Specialmente la sua fisio-patologia è stata meglio studiata e si sono aggiunte le ricerche: sulla temperatura, spesso aumentata, aumento che, secondo Huppert, sarebbe dovuto all'aumento di lavoro del cuore, ma che più probabilmente, deve collocarsi nella categoria delle febbri nervose come quella della malattia di Basedow e dell'isteria: sulla tensione arteriosa, sempre diminuita: sulle urine, spesso alterate nella loro qualità e quantità. Anzi, secondo Debove, la triade sintomatica, accelerazione del cuore, ipotensione arteriosa, alterazioni delle urine, sarebbe meno di frequente dissociata che non sia quella del gozzo esoftalmico. Ma già troppo mi sono dilungato a tratteggiare la malattia, poichè non è certo mia intenzione nè di rifare la storia della tachicardia nè di sottomettere a critica la copiosa sua letteratura. La donna, la quale ha nel suo apparecchio genitale, sano ed ammalato, una fonte così ricca di turbe riflesse nel dominio del simpatico, la donna, la quale, secondo l'espressione di Huchard, ha un nervo vago che così spesso divaga, doveva offrire copiosa messe di osservazioni anche nel campo di questa nevrosi, la cui patogenesi non è ancora completamente chiarita.

Nelle malattie uterine si possono osservare i più svariati disordini funzionali del cuore, da forme di lievi aritmie con irregolarità ed esagerazioni del battito cardiaco, a vere forme asistoliche e sincopatiche che guariscono col togliere l'affezione uterina. Vere forme di tachicardia parossistica si incontrano nella menopausa, ed è queste forme di tachicardia che il Kisch vorrebbe mettere in rapporto con uno stato di

eccitazione dovuto ad alterazioni speciali, che le ovaie subirebbero in tale periodo, alterazioni caratterizzate da iperplasia dello stroma. Disordini riflesssi del respiro, del circolo, dell'apparecchio digerente consecutivi ad operazioni laparotomiche vennero segnalati da Lucas-Championnière. Parecchie volte ebbi io stesso occasione di osservare, nel corso di affezioni uterine, svariatissime turbe cardiache e vascolari nettamente legate all'affezione uterina, a giudicarne sopratutto dal criterio *ex juvantibus et ledentibus,* ma è solo dei due casi di tachicardia consecutiva ad operazioni laparotomiche che intendo parlare. Uno di essi porta il num. di registro 22 del mese di dicembre del 1888, l'altro il num. progressivo 194 del 1891. In entrambi i casi si trattava di tumore ovarico. Nel primo caso spettante a N. Luigia, d'anni 42, si trattava di cistoma dell'ovaio sinistro, costituito di tre sacche; l'operazione fu delle più semplici, scevra affatto da accidenti, il peduncolo venne affondato. L'esame generale praticato prima dell'operazione non aveva rilevato nulla degno di nota. Nelle urine non eravi albumina, l'apparecchio circolatorio era sano. Il giorno successivo all'operazione si ha elevazione massima della temperatura a 37. 8, la frequenza del polso a 80, nessun vomito, cessato fin dalla sera antecedente. In 3.ª e 4.ª giornata l'elevazione massima della temperatura è 37. 9 ma il polso sale a 120-140, tocca i 180-200, esso è piuttosto duro, quasi scoccante, visibile alle radiali ed alle pedidie; l'itto cardiaco è molto diffuso, forte, quasi sostituito da una vibrazione della parete toracica, palpabile e visibile in parecchi spazi intercostali sotto forma di una ondulazione evidentissima: pupille piuttosto miotiche. I toni sono brevi, accompagnati il primo da lieve soffio sistolico mobile. Le urine sono scarse, senza albumina, vi ha benessere subbiettivo, nessuna scomposizione dei tratti del viso, nessun meteorismo, la respirazione è un po' affannosa, da 36 a 48 al minuto. Mancanza di gozzo o di esoftalmo. Nella notte dorme poco, ma è tranquilla: nella successiva 5.ª giornata, temperatura massima 37. 8, nessun vomito, nessun fenomeno dal lato addominale, il polso sempre rilevato ma con qualche aritmia, è disceso a 90 al minuto, la respirazione oscilla da 24 a 32, alla sera la temperatura è 37. 1, la respirazione è tranquilla, nessun fatto addominale, il polso sale invece rapidamente a 150-180, senza nessuna alterazione del benessere subbiettivo. Nella notte il polso si fa innumerabile, alla mattina del 6.º giorno la donna muore in collasso asistolico.

Autopsia 24 ore dopo. Colorito della pelle giallo-pallido, pannicolo adiposo scarso. Denutrizione generale notevole, costituzione scheletrica regolare, rigidità cadaverica scomparsa. Addome piano, incisione perfettamente adesa. — *Cranio:* Teca cranica di medio spessore, diploe un po' congesta, spiccati i solchi dell'arteria meningea, stasi venosa alle meningi e alla corteccia cerebrale con lieve edema, bene svolgibile la pia madre, due piccole cisti nella tela coroidea, un po' di siero citrino nei ventricoli laterali; la sezione minuta di tutto l'encefalo nulla rileva all'esame macroscopico e colla lente d'ingrandimento. — *Torace:* Cuore lievemente ingrandito nel senso traversale, qualche coagulo fibrinoso nei ventricoli, sufficienti le valvole aortiche, la mitrale è pure sufficiente, i suoi pizzi presentano qualche lieve opacamento, il miocardio presentasi un po' più pallido. I polmoni sono un po' enfisematosi, ipostasi al lobo inferiore sinistro. — *Addome:* Coalito completo dell'incisione vista dalla parte della sierosa, nessuna aderenza coll'intestino o coll'omento, non c'è traccia di liquido di sorta alcuna nel cavo peritoneale, non vi ha traccia di essudazione fibrinosa, normale il peritoneo parietale e pelvico, un po' iniettate le intestina, come si presentavano già al momento dell'operazione. Peduncolo stretto efficacemente. Nessuna traccia di infiammazione peripeduncolare, la superficie del moncone è coperto da un piccolissimo grumo di pochi millimetri di spessore. Fegato e milza d'aspetto e volume normali, un po' congesti. Il rene sinistro è un po' più piccolo del destro ed anche della norma, la capsula si svolge senza lacerazione del parenchima, ben distinte sostanze corticale e midollare, un po' iperemiche entrambe.

Nel secondo caso, spettante a L. Leonessa, d'anni 60, non si aveva nulla di gentilizio e nulla di notevole nell'esame generale, e si trattava pure di tumore ovarico, la cui estirpazione presentò invece qualche difficoltà. L'operazione venne praticata il 4 aprile 1891. Incisione dal bellico al pube. Il tumore è estesamente ricoperto dall'omento ad esso aderente, s'insinua profondamente nella piccola pelvi, vincolato da estese aderenze agli organi pelvici, al peritoneo pelvico, a qualche ansa intestinale. Dette aderenze pressochè totali sono poco vascolari, per cui col dito e colla forbice riesce isolare il tumore senza applicare legature. Sciolto il tumore dalle aderenze si riesce a sgusciarlo integro dalla breccia e si vede come esso parta dall'ovaio sinistro e come abbia rotato ripetutamente

sul suo asse, presentando il peduncolo parecchi giri di torsione dall'avanti all'indietro e da sinistra a destra; al peduncolo stesso si scorge tosto come sia aderente un'ansa intestinale e qualche appendice epiploica del mesenterio, la cui separazione riesce pure facile. Il peduncolo è sede di un infarto emorragico. Legatura mediante un solo laccio, cauterizzazione della superficie di sezione col termo cauterio di Paquelin, affondamento del peduncolo, sutura della breccia addominale mediante punti staccati con seta. Alla sera del giorno dell'operazione la temperatura è 37. 1, il polso a 100, fisionomia calma, nessun dolore, non ebbe che un conato di vomito. Nella notte ebbe vomito cloroformico che *poi non si ripetè più nei giorni successivi.* All'indomani la temperatura è a 36. 8, alle 8 ant. 37, alle 10 37. 1, a mezzogiorno 37. 3, alle 3 pom. 36. 8, alle 8 pom. non più vomito, benessere subbiettivo, ventre avvallato, indolente, fisionomia come di persona che non fosse stata operata. A tale quadro di un andamento post-operatorio felicissimo, fa singolare contrasto il polso, che alla mattina sale rapidamente a 140-160 per discendere poi a 100 verso le tre e risalire a 170 verso la sera. La diastole è relativamente ampia, itto diffuso della punta cardiaca. Le urine sono cariche di urati, scarse, senza albumina. Le pupille sono piuttosto miotiche. Il giorno sei la temperatura presa sei volte segna 36. 4 al minimo, 37. 2 al massimo, benessere subbiettivo, nulla di addominale, veri parossismi di tachicardia nei quali il polso supera le 150 pulsazioni, qualche volta notevolmente, in modo da non potere numerarle con precisione, si osserva qualche aritmia. Le urine sono abbondanti e cariche di urati. La malata si loda di benessere: fino al giorno 14 dello stesso mese si ripete giorno per giorno lo stesso quadro, benessere subbiettivo, alvo regolare, temperatura oscillante fra 36. 4 minima e 37. 3 massima, urine nella quantità giornaliera media di un litro, ma qualche volta molto abbondanti, peso specifico 1020-1022, cariche di urati senza albumina, polso con qualche irregolarità, colla minima frequenza di 130 con elevazioni notevoli e poco durature, nessuna molestia precordiale, notti piuttoste tranquille. Il quattordici si levano i punti, coalito perfetto, il ventre molle, depresso, affatto indolente, si pratica come di norma l'esame combinato addomino-vaginale, l'utero è mobilissimo, non si rileva traccia di essudato peripeduncolare, operatoriamente si considera l'ammalata come guarita. Nello stesso giorno nuovi fatti vengono in scena, ma nella sfera psichica; nella notte scende dal letto inconsapevolmente corican-

dosi per terra, per cui le infermiere sono obbligate a ricoricarla, il giorno successivo al mattino la favella è un po' inceppata, ebbe un alvo, la temperatura è sempre nei limiti accennati, le urine senza albumina, appetisce i cibi, mangia molto, uova, rossumate, le orine sono senza albumina; verso sera, essendo la temperatura a 37, il polso si eleva in modo da far temere un collasso asistolico, che è scongiurato da senapizzazioni e da iniezioni di olio canforato, l'ammalata è *compos sui*. Nei giorni successivi, dal 18 al 21, il polso discende ad una frequenza oscillante tra i 100 a 120, la temperatura sale per eccezione a 37, mantenendosi quasi sempre attorno a 36, 36. 5, ma insorge il delirio, ora gaio ora incoerente, sempre clamoroso, è incoscente, si imbratta colle proprie deiezioni, per cui viene trasportata in sala Visconti, donde, dopo tre settimane di degenza, sortì guarita dalla forma psichica, non avendo presentato notevole frequenza del polso in tutto il periodo accennato.

Nei due casi, di breve durata l'uno e finito con morte, di lunga durata l'altro e finito con guarigione, la terapia fu varia. Ora designata dai sintomi, ora guidata da concetti teoretici sulla genesi della tachicardia, vennero provati la vescica di ghiaccio sulla regione cardiaca, i bromuri per via gastrica e rettale, le iniezioni di morfina, la digitale, lo strofanto, la digitalina, la caffeina. Nella seconda ammalata mi parvero efficaci le iniezioni di canfora a scongiurare il collasso asistolico e risultati non apprezzabili si ebbero sia dai mezzi adoperati per eccitare il pneumogastrico che da quelli prescritti per sedare l'azione acceleratrice del simpatico.

Sopra più di 300 laparotomie da me praticate, soltanto nei due casi che ho riferito, mi venne fatto di osservare rilevanti turbe circolatorie. Devono queste essere realmente designate col nome di tachicardia essenziale parossistica? La risposta mi pare debba essere indubbiamente affermativa, poichè, e l'esame clinico in entrambe le osservazioni, e quello anatomico nella prima, esclusero ogni causa morbosa della quale la tachicardia fosse l'espressione sintomatica. Certamente nessuno vorrà ravvisare nel quadro da me fedelmente riportato l'espressione possibile di una forma settica. Certo nella setticemia abbiamo una frequenza notevole di polso, alla quale va di spesso compagna o lieve piressia o apiressia o anche ipotermia. Ma prescindendo dal fatto che le frequenze a 140 o superiori a questa media sono già proprio del periodo preagonico o agonico, noi ab-

biamo il polso piccolo, sfuggevole e causa di questo un affievolimento progressivo dell'attività cardiaca, un'alterazione profonda dei tratti del viso, che costituisce il sintomo dominante, specialmente nelle setticemie consecutive a laparotomie, il vomito insistente a cui solo qualche volta dà fine la paralisi dello stomaco, i fenomeni causati dalla paralisi intestinale, cioè un grado più o meno elevato di meteorismo, infine urine molto scarse e tutto il quadro infine di una grave intossicazione. Nelle due operate invece di cui ho tracciato la storia, un polso frequentissimo ma relativamente ampio e forte in un caso, piccolo nell'altro, in entrambi i casi un itto fortissimo della punta del cuore, elevazioni, nella frequenza, veramente parossistiche nel 2.° caso, benessere subbiettivo, nessuna alterazione dei tratti del viso, cessato in entrambe il vomito cloroformico nel primo periodo di 24 ore successivo all'operazione, per non riapparire, non meteorismo, non dolorabilità del ventre, urine non scarse nel primo caso, poliuria qualche volta nel secondo; nel primo l'autopsia è completamente negativa riguardo al cavo peritoneale, nel secondo l'esame praticato in decima giornata dopo aver levato i punti, rileva un utero mobilissimo e nessuna traccia di essudato peripeduncolare. La prima ammalata soccombe è vero in 5.ª giornata, ma la seconda riesce a stento a scampare dall'accesso più grave avuto, quando sicuramente non si poteva più parlare di complicanze infiammatorie o settiche post-operatorie.

Se non può dunque negarsi che nell'uno e nell'altro caso, in quello finito letalmente e in quello, operatoriamente, decorso così brillantemente da aversi una temperatura massima di 37. 1, si trattasse veramente di turbe funzionali del cuore, possiamo noi tentare di cercare una genesi?

I nervi del cuore provengono da tre sistemi, uno intra-cardiaco, rappresentato dai ganglii descritti da Ludwig, Remack, Cyon, ecc., due extracardiaci, il gran simpatico e il pneumogastrico. Di questi, si considerano acceleratrici le fibre del primo, moderatrici quelle del secondo. Il simpatico può poi agire in due modi, sia direttamente sul cuore, sia indirettamente influenzando il sistema circolatorio periferico, che colle sue alternative di stringimento e di dilatazione merita l'appellativo di freno vascolare del cuore, in opposizione al freno nervoso. Le eccitazioni di certe regioni degli emisferi cerebrali possono pure a loro volta provocare sia reazioni positive che negative, ma possono considerarsi come regioni sensibili, capaci di servire come punto di partenza ad eccitamenti motorii

emananti da altri organi motori situati in altre regioni dell'encefalo. Riflettendo che le fibre acceleratrici hanno origine nelle regioni cervicali del midollo e forse nel midollo allungato, che la situazione del centro inibitorio, pur non essendo precisata, è però probabile sia nel bulbo, poichè la galvanizzazione di questo produce l'arresto del cuore, si può concludere come dal punto di vista de' suoi movimenti il cuore sia subordinato al midollo (Beaunis). In due modi potrebbe dunque essere accelerata l'azione cardiaca, o per un eccitamento del sistema acceleratore (simpatico), o per paralisi del sistema inibitore (pneumogastrico).

Anche una modificazione nell'attività dei ganglii intracardiaci venne invocata, ma noi sappiamo così poco sulla patologia di questi ganglii che tale ipotesi non venne presa in considerazione. Tutti coloro che hanno scritto sulla tachicardia si sono preoccupati di risolvere questa problema, se questa sia in rapporto coll'uno o coll'altro dei fattori genetici annunciati e di determinare un quadro speciale, il quale corrispondesse all'una forma piuttosto che all'altra, ma tutti coloro, che hanno scorso la letteratura in proposito, possono pure persuadersi dell'impossibilità attuale di ridurre a due tipi le osservazioni comunicate. Secondo Nothnagel, la tachicardia da paralisi del pneumogastrico sarebbe caratterizzata dall'accelerazione pronunciata dei battici cardiaci, con impulso debole e nello stesso tempo si avrebbe paralisi di altre fibre nervose del pneumogastrico, circostanza quest'ultima non però necessaria, poichè non è inverosimile accettare anche un'alterazione limitata a quel gruppo di cellule del nucleo d'origine del vago, da cui partono quelle fibre alle quali spettano le funzioni inibitrici del cuore. Noi vediamo infatti in alcuni casi di paralisi bulbare, come, quando ne viene colpito il nucleo d'origine del vago, si possano osservare alterazioni circolatorie, senza che a queste si associno alterazioni delle funzioni respiratorie e digerenti. Nelle tachicardie da eccitamento del simpatico si avrebbe invece un impulso cardiaco forte, il polso pieno e duro. La terapia potrebbe anche servire a distinguere le due forme, poichè nell'eccitamento del gran simpatico, la morfina calmerebbe il cuore, la digitale dovrebbe essere efficace nella paralisi del pneumogastrico. Ma se noi prendiamo in esame le osservazioni pubblicate, esse non si prestano ad una divisione così metodica e chiara. Il mio primo caso parrebbe piuttosto da riferirsi alla categoria delle tachicardie da eccitamento del simpatico, visto i

caratteri del polso, il secondo a quella da paralisi del pneumogastrico, vista l'efficacia della digitale. È da aggiungersi che anche i dati della esperimentazione fisiologica non gettano molta luce nel campo clinico, poichè, nè l'eccitamento dei nervi cardiaci del gran simpatico produce una tachicardia che, per durata e per intensità, possa paragonarsi a quella patologica, nè la paralisi dei centri o rami cardiaci del pneumogastrico spiega completamente il quadro clinico della tachicardia. L'elevazione della temperatura, l'abbassamento della pressione arteriosa, la glicosuria, i fenomeni pupillari, indussero molti clinici, specialmente francesi, fra cui Debove e Huchard, a classificarla fra le nevrosi bulbari. Comunque sia di queste quistioni di fisio-patologia e di patogenia, mi limiterò a passare in rassegna i fattori genetici i più importanti che, in una operazione laparotomica, possono invocarsi per spiegare l'insorgenza della tachicardia, sia per eccitamento del simpatico che per paralisi del pneumogastrico. Essi sono:

1.° Le svariate influenze che sulla psiche di una operanda possono esercitarsi dall'attesa di una grave operazione.

2.° L'azione immediata o tardiva del cloroformio o degli altri anestetici.

3.° L'apertura dell'addome e gli squilibrii di pressione che ne derivano, sia dal fatto della semplice apertura che dalla estrazione di tumori più o meno voluminosi.

4.° L'azione degli antisettici sulla vasta sierosa peritoneale.

5.° Quel complesso di azioni meccaniche che possono agire localmente e ripercuotersi molto lontano, che si designa col nome di traumatismo operatorio.

6.° La strettura del peduncolo e in genere tutte le legature che possano comprendere filetti nervosi.

Ma quale di questi fattori dobbiamo invocare per spiegare la grave perturbazione della funzione cardiaca che abbiamo osservato nelle nostre operate?

Non credo superfluo l'esaminare dal punto di vista enunciato il modo di agire de' fattori enumerati. L'osservazione fatta, oltrechè in un numero stragrande di operazioni non gravi, sopra circa 300 donne sottoposte a laparotomie, facilita il mio compito analitico. Non è quindi nè l'esame delle opinioni altrui che io qui voglia fare, nè una loro critica, ma soltanto

intendo riepilogare in certo qual modo quale sia il risultato sintetico delle mie osservazioni. Che impressioni psichiche abbiano un' azione spiccatissima sulla funzione cardiaca è nozione volgare, come è notorio che tale influenza possa spingersi fino a cagionare la morte. Ricordo a tale riguardo il caso di una donna ricoverata nel Comparto ginecologico, morta subitamente appena portata sul letto, sulla quale doveva praticarsi una semplice puntura esplorativa. In alcuni casi è sotto forma di eccitamento del simpatico che si manifesta l'influenza di tali impressioni, a giudicarne specialmente dalle svariatissime turbe vaso motorie e dai fenomeni pupillari, ma nella maggioranza dei casi è per me evidente come si tratti piuttosto di paralisi del pneumogastrico dalla simultanea presenza: di sintomi laringei, alterazione della voce (rami laringei): di sintomi auricolari, susurro, rumori nelle orecchie (branca auricolare del vago): sintomi polmonari, oppressione di respiro, pressione epigastrica: di sintomi gastrici: di sintomi cardiaci, tachicardia. In grado maggiore o minore si riscontrano tali sintomi in quasi tutte le operande, *ma è fatto quasi costante di osservazione che la narcosi cloroformica domina e vince queste impressioni psichiche.* Il polso si regolarizza mano mano che la narcosi cloroformica procede.

Riguardo all'influenza del cloroformio sul cuore, dobbiamo distinguere quella immediata che, durante la narcosi, l'anestetico esercita sugli elementi nervosi, e quella lontana, tardiva, tossica, capace di alterare profondamente la nutrizione dei tessuti e condurre alla morte, specialmente per degenerazione adiposa del cuore, dei reni, del fegato (Ungar, Strassmann, Ostertag, Bastianelli, ecc.) Ma la prima si manifesta il più delle volte col rallentare l' azione cardiaca e non è da farne parola, poichè in entrambe le operate la narcosi decorse regolarmente, e la seconda non è ammissibile, quando si consideri il decorso post-operatorio in entrambe le operate, e il reperto anatomico nel caso decorso letalmente. I fattori enumerati al N. 3 e 5 non possono invocarsi che a spiegare perturbazioni circolatorie per lo più transitorie e limitate al periodo operatorio o anche post-operatorio, ma per breve periodo di tempo. La strettura del peduncolo ha una decisa influenza sulla innervazione del cuore, ed avendo l'abitudine di invitare il cloroformizzatore a tener nota delle modificazioni del circolo al momento della strettura, il più delle volte osservai come queste sieno rappresentate da un notevole

rallentamento del polso, che ritorna ben tosto alla frequenza normale. Esclusa dunque l' azione della maggior parte dei fattori accennati, non resta che l'influenza degli antisettici sul peritoneo, influenza che potendo essere estesa a notevole parte della sierosa peritoneale, potendo esercitarsi rapidamente ma anche lentamente, estesamente e continuamente sull'endotelio della sierosa, può avere un' azione irritante su questa e sulla ricca rete nervosa e perturbare profondamente la funzione cardiaca, a preferenza per eccitamento del simpatico, come si osserva in moltissime affezioni addominali, coadiuvata da quei momenti meccanici, mano, spugne, che possono irritare la sierosa e privarla qua e là del suo endotelio. Nel secondo caso la perturbazione delle funzioni psichiche, di cui si hanno molti esempi nelle gravi operazioni su ogni parte del corpo, poteva essere un'altra causa, che aggiunta a quella invocata, cooperante con questa o a questa pur essa subordinata, poteva turbare l'equilibrio funzionale del cuore.

Dott. F. VILLA

MOSTRUOSITÀ FETALE ED IDRAMNIOS ACUTO

Lettera aperta al Sig. Dott. F. La Torre

Chiarissimo Dottore e Collega,

Nella memoria « Le mostruosità fetali dal punto di vista diagnostico » apparsa ultimamente in questo periodico (1), Ella mi fece l'onore di ricordare un lavoro che io pubblicai lo scorso anno, discutendo e combattendo nei suoi varii punti una conclusione puramente statistica che trassi dall'esame di 44 casi d'idramnios acuto da me raccolti (2). Se non che parmi di non poter accettare le obbiezioni mossemi, sia per loro stesse, sia perchè non so persuadermi a rinnegare ragioni le quali, comunque soltanto di volo ed esclusivamente per essere il meno incompleto che mi fosse possibile, mi indussero a parlare della frequenza delle alterazioni teratologiche fetali nell'idramnios a rapido sviluppo.

Riferita la cifra dei nati dalle 44 donne, io mi limitai ad indicare che nel complesso dei casi erano stati raccolti 6 mostri, lasciando ai desiderosi di stabilire a seconda delle loro vedute quel calcolo di procentualità che meglio credessero; e però mentre convengo perfettamente con Lei che per essere logici bisogna fare il conto prendendo per termine il numero dei feti mostruosi e quello dei sacchi idropici, mi congratulo meco stesso perchè in qualsiasi modo si faccia il computo,

(1) *Annali di ostetricia e ginecologia*, N. 7-8-9, 1892.

(2) « Idramnios acuto. » *Annali di ostetricia e ginecologia*, N. 5-6-8, 1891.

si ottiene sempre dai casi raccolti nel mio lavoro, un procento di feti con mostruosità superiore a quello indicato dal Bar per l'idramnios cronico (8 0[0).

Ma appunto la scelta di questa cifra di confronto mi si attribuisce da Lei ad errore, perchè « il procento di Bar non va esente dal peccato originale, essendo noto come il Bar abbia scritto il suo lavoro (1) nel 1881, epoca in cui non era rigorosamente ammessa la distinzione fra idramnios acuto e cronico.... » Ciò vale a dire che la cifra 8 0[0 è troppo bassa, ma se il Bar non fece distinzione fra idramnios ed idramnios, l'errore che si può attribuire al procento da lui stabilito è assolutamente insignificante, tanto che tale numero deve essere ritenuto non solo ammissibile ma anzi calcolato con troppa larghezza. Infatti, poichè le osservazioni d'idramnios acuto sono rare, onde al Charpentier riuscì di raccoglierne ben poche negli istituti ostetrici di Parigi (2), così dobbiamo ritenere che, al massimo, 9 dei 489 casi raccolti dal Bar non fossero di idramnios cronico. E poichè la cifra 8 0[0 di mostruosità per 489 osservazioni con 37 mostri venne data abbondando di qualche poco per fare cifra tonda, giacchè rifacendo il calcolo troveremmo solo il 7. 56 0[0, così è che per 480 casi, mantenendo il numero di 37 mostri, si arriva al 7. 70 0[0 di mostruosità, cioè ancora più al di sotto di tutte quelle procentualità che Ella ricavò dalle mie tavole, che non l'8 0[0.

Inoltre Ella mette in dubbio l'esattezza della diagnosi d'idramnios acuto per i casi complicati a mostruosità fetale, e dopo aver ricordato che in essi la raccolta idropica si sarebbe formata in epoche in cui il feto già doveva essere ben sviluppato, nel senso che tutti gli organi avevano raggiunto il completo sviluppo di forma se non di volume, mette il dilemma: « che cosa rappresenterebbe qui la mostruosità fetale? la causa o l'effetto dell'idramnios? » E poichè sia evidente che il

---

(1) Ella cita a questo proposito la tesi « Recherches pour servir à l'histoire de l'hydramnios. » Paris, 1881 — ma in tale lavoro il Bar non pensò menomamente a stabilire una procentualità che stesse ad indicare la frequenza colla quale concomitano idramnios e malformazioni fetali. Fu invece nella nota: « Dans l'hydramnios faut-il songer à l'existence probable d'un monstre etc., etc., » pubblicata negli *Archives de tocologie*, 1882, quasi in risposta alla ben conoscfuta memoria del prof. Calderini che il Bar fece conoscere il risultato delle sue ricerche compiute nel 1880, pel periodo 1825-1879.

(2) Charpentier. « De l'hydramnios et en particulier de l'hydramnios aiguë. » Vedi *Archives de tocologie*, 1880.

liquido che si raccoglie rapidamente ed in quantità eccessiva non può togliere ad un feto la volta cranica ed il cervello normalmente sviluppati od applicargli un tumore al coccige, così Ella deduce che necessariamente la mostruosità fu causa d'idramnios. E ciò combinando coll'escludere « d'una maniera assoluta l'associazione d'alterazioni fetali colla idropisia acuta », Ella viene in conclusione a ritenere che la mostruosità fu nei casi incriminati causa d'idramnios lento che, accidentalmente acutizzatosi, fu erroneamente diagnosticato quale idramnios acuto.

A questo concetto Ella arrivò col seguente ragionamento: essendo chiaro che l'idramnios acuto non può a gravidanza inoltrata essere causa di mostruosità, ma ne deve invece essere l'effetto, « siccome il sostenere che una gravidanza con feto anencefalico abbia potuto arrivare al 7.° mese senza un'esagerazione nella secrezione amniotica pare scientificamente insostenibile, » così ne viene che tutti i casi d'idramios con feto mostruoso sono casi d'idramnios cronico che qualche volta si acutizzò.

Ma poichè nei più noti trattati è chiaramente detto che le gravidanze con feti mostruosi (anencefali compresi) sono *spesse volte* complicate con idramnios (1), così è che al ragionamento indicato viene a mancare o almeno ad oscillare il perno su cui si aggira, e però la deduzione perde di ogni rigore e non può in nessun modo valere come legge assoluta, ma solo come probabilità frequente.

Ritenuto pertanto accertato che un feto mostruoso può arrivare al 7.° od 8.° mese senza esagerata produzione di liquido amniotico, ed escluso già a priori che l'idramnios acuto possa essere causa di malformazioni, vuolsi innanzi tutto considerare se si possa mettere in disparte il dubbio dell'eventuale mancanza di rapporto fra i due fatti, e cioè devesi vedere se si possa scartare o meno la pura concomitanza accidentale di mostruosità con idropisia a rapido sviluppo. Ed io non so per quali motivi si abbia ad ammettere che essa colpisca esclusivamente uova contenenti feti ben conformati, quasichè la teratologia co-

---

(1) SCHROEDER. « Manuale di ostetricia, » p. 615, 1883. Parlando degli anencefali: « spesso il liquido amniotico è copiosissimo. »

CHARPENTIER. « Traité pratique des accouchements. » Tom. II, pag. 586, 1890: Al paragrafo anencefali « ils.... coincident souvent avec une hydropisie de l'amnios. »

stituisca un preservativo, un innesto profilattico di questa modalità d'idramnios. Ammessa universalmente la partecipazione del circolo feto-placentare alla repentina ed eccessiva produzione del liquido amniotico, ben evidente riesce come quelle cause tuttora occulte, che influiscono su d'un uovo sano e ben conformato in tutte le sue parti, e lo obbligano ad aumentare in modo straordinario e rapido la formazione della raccolta amniotica, agiranno con almeno altrettanta intensità su di un feto nel cui albero circolatorio esistono resistenze atte a produrre l'idramnios.

E però, se ricordando che non sempre ma *solo spesse volte* un mostro si accompagna a liquido amniotico copioso, consideriamo il dilemma da Lei posto, siamo perfettamente autorizzati a rispondere per la possibile, immediata e diretta relazione di causa ad effetto fra alterazione fetale ed idramnios acuto e quindi non possiamo ritenere sufficiente e logico per rifiutare i casi di Dill, Goetz, ecc., il dire che la rapida formazione di liquido amniotico non poteva arrecare negli indicati rispettivi periodi di gravidanza le malformazioni presentate dai feti, comechè esse dovessero risalire ad un'epoca ben più remota.

Se è perfettamente accettabile che un idramnios cronico cagionato da mostruosità possa acutizzarsi per effetto dell'alterazione teratologica stessa, dove troveremo i momenti causali dei disturbi circolatorii da cui la raccolta idropica a decorso lento, nei casi di labbro leporino o di tumore coggigeo assolutamente estranei alle importanti correnti circolatorie del feto? Date siffatte circostanze, forza è l'ammettere che l'idramnios fu di forma cronica per altri motivi che non la mostruosità o che fu acuto in modo primitivo.

La questione del rapporto fra teratologia ed idropisia amniotica è troppo vecchia perchè si possa pensare di risolverla colla sola discussione di cose note da lungo tempo, quando studii sperimentali (1) quasi, « fanno tornare in campo l'opinione di Burns che disse doversi considerare l'idramnios come una specie di concezione mostruosa » (2), ed è per questa ragione che io toccai un tale punto solo alla sfuggita, onde

---

(1) Ancora oggi sta perfettamente quanto si legge nella tesi di Bar a pag, 182: Dalle ricerche di Dareste sembra risultare che l'idramnios non è la conseguenza delle mostruosità, ma che al pari di esse può essere il risultato d'una causa superiore « la lesion des îles vasculaires. »

(2) CHARPENTIER. « Traité des accouchements. » Tom. I, pag. 962, 1889.

non cadere in qualche precipizio, e che conservo ancora in oggi tutti i miei dubbi. Quindi è che mentre esprimo il vivo desiderio di conoscere il lavoro sperimentale che Ella annuncia, e mentre riconosco la ragionevolezza del distinguere la forma d'idramnios acuta primitiva da quella secondaria e specialmente nei casi di mostruosità, conchiudo col respingere le obbiezioni mossemi:

1.° perchè non ebbi l'intenzione di calcolare alcun procento;

2.° perchè la procentuale di Bar è perfettamente ammissibile con ogni rigore;

3.° perchè non ritengo scientificamente e logicamente accettabili le ragioni per le quali Ella giudica che « in 5 casi d'idramnios complicato con gravi deformazioni fetali il dubbio confina colla certezza che si tratti d'idramnios cronico. »

Se l'autorità di Charpentier venne da Lei invocata per infirmare la diagnosi di tali 5 casi, io posso opporle che quello di Dill trovasi registrato nella classica memoria dell'ostetrico francese, come appartenente alla forma dell'idropisia amniotica a rapido sviluppo.

Con questo chiudo la mia difesa, aggiungendo solo che nelle estese ricerche bibliografiche da me fatte sull'argomento, non trovai alcun autore il quale pur da lontano abbia espresso il dubbio che l'idramnios acuto primitivo degli ultimi mesi della gravidanza potesse esser causa di alterazioni teratologiche del feto.

Di Lei osservantissimo collega

Dott. F. Villa.

I.° CONGRESSO INTERNAZIONALE

DI

GINECOLOGIA ed OSTETRICIA

Bruxelles — Settembre 1892.

La riuscita di questo primo Congresso è stata splendida, splendida per il numero e la qualità degli intervenuti, splendida per le accoglienze cordiali veramente fraterne avute, splendida infine per i numerosi lavori presentati. Non è esagerazione il dire che fra i quattrocento intervenuti si era fatta una tale fusione di menti e di cuori, da fare una sola grande famiglia, e il merito del grande successo è dovuto al presidente professor Kufferath e al suo segretario generale dottor Jacobs, i quali con una attività prodigiosa e con un tatto squisito, con un' affabilità premurosa, continua, diedero al Congresso quasi il carattere di una festa intima, in cui le espansioni del cuore si alternavano giocondamente colle severe discussioni scientifiche. A tale festa si associò il paese intiero che ci ospitava e S. E. il ministro De Bruyn e Sua Maestà il re dei Belgi vollero dare agli intervenuti le più alte testimonianze della simpatia e della benevolenza con cui avevano prima incoraggiato e poi seguito l'opera del Congresso. Qualche mancanza fu notata e commentata, quella di alcuni ginecologi italiani che fanno parte del comitato organizzatore del prossimo Congresso mondiale di Roma, e l' assenza di alcuni ginecologi francesi che forse la scelta di Segond, il quale mostrò, diciamolo tosto, le più brillanti qualità di oratore e di operatore, a relatore del tema delle suppurazioni pelviche, e altre ragioni speciali che il Doleris accenna in un suo articolo nel fasc. di settembre degli *Archivii di ginec. ed ostetr.* aveva indotto all'astensione. Ma in queste pagine non intendo fare che la cronaca seria, e l'ufficio di cronista mi rende ad un tempo doveroso e gradito il compito di registrare che l' invito a Roma, l' arrivederci a Roma che il professor Porro e lo scrivente hanno fatto risuonare, sono stati accolti con vero entusiasmo da tutti i convenuti. Come è noto, tre argomenti erano messi specialmente in discussione: le *suppurazioni pelviche*, relatore Segond; *placenta previa*, relatore Berry Hart, la *gravidanza extrauterina*, relatore Martin. Si aggiunga un numero

grande, troppo grande di comunicazioni sopra i più svariati argomenti, per cui molte di esse, per la brevità del tempo, non hanno potuto essere messe all'ordine del giorno. E qui mi sia permessa una riflessione d'ordine generale, se cioè sia opportuno mantenere in tali Congressi l'abitudine di tali comunicazioni. Accadde a Bruxelles quello che per lo più accade in tutti i Congressi affollati. In poche ore vennero per es. lette circa quaranta comunicazioni. È utile, è serio questo sfilare vertiginoso di lettori, di oratori, in mezzo alla stanchezza ed alla impazienza generale, che l'interesse di molte comunicazioni non riesce a dominare, senza la possibilità di una discussione qualsiasi, colla legge tirannica ma necessaria dei cinque e dei dieci minuti, che impedisce l'orgia oratoria dei parolai, ma rende monche, incomplete le comunicazioni e più monca ancora ed incompleta la discussione. La maggior parte di tali comunicazioni non si leggono con maggior profitto scritte e stampate? Non sarebbe più opportuno, più utile che l'opera di tali Congressi si limitasse ad un numero di determinate questioni approfondite in tutte le loro parti e sulle quali ognuno degli intervenuti potesse portare il proprio avviso e il tesoro della propria esperienza? Anche la moltiplicità delle lingue è un punto che meriterebbe di essere preso in seria considerazione. Sono pochi quelli che sanno *ascoltare* in parecchie lingue, sono eccezioni quelli che sanno parlare in due oltre la propria. Ve le figurate voi, o lettori, queste discussioni di persone che non si comprendono quasi fra di loro, questo obbiettarsi in una lingua che non è compresa dall'avversario scientifico? Molti tacciono, alcuni parlano *quand même* e potrei citarne delle carine. E la confusione è destinata ad ingrandire, ad ingigantire. Hanno ora l'onore di essere ammesse ai Congressi internazionali la lingua francese, la tedesca e l'inglese; a non dubbii segni si prevede che presto anche il nostro dolce idioma avrà tale privilegio. Vorranno ristarsi gli Spagnuoli, gli Olandesi, i Russi, gli Svedesi dal pretenderlo esso pure? E sarà con vantaggio delle discussioni, con vantaggio della scienza? Poichè al latino non si vuol ritornare e i ministri dell'istruzione pubblica ne torranno forse fra breve anche la possibilità di farlo, col pretesto di dare agli studii indirizzo moderno, e al volapuk nessuno, pare, ci pensi, non sarebbe preferibile, che smettendo ogni puntiglio, si addottasse nei Congressi una lingua unica, quella che è studiata e compresa dalla universalità dei medici, la francese? Intanto il Congresso di Bruxelles è stato, si può dire, un Congresso in lingua francese, e più lo sarà quello che avrà luogo a Ginevra fra tre anni, come è stato deciso nella seduta di chiusura. Prima di riassumere gli argomenti svolti e discussi al Congresso, debbo aggiungere che al Congresso, era unita, esempio imitabile, una bella esposizione di strumenti, di apparecchi, di tavole illustrative per insegnamento, di fantocci, di libri, di preparazioni farmaceutiche speciali in rapporto alla specialità, mentre alla Maternità si trovava esposta la collezione interessantissima delle maternità e cliniche ostetriche

del Belgio, strumenti, bacini viziati, preparati anatomici. Una novità, la cui opportunità a me sembra discutibile, è stato di invitare ad operare alcuni ginecologi illustri qua e là negli ospedali di Bruxelles e nel bellissimo istituto ginecologico del dott. Jacobs. Che gli ospedali di una città sede di Congresso, sieno accessibili ai medici congressisti, che i direttori delle varie sezioni chirurgiche ne approfittino per dimostrare i loro casi clinici, per praticare operazioni, è una cosa certo di molto vantaggio ed anche corretta. Ma si può dire altrettanto del torneo operatorio di Bruxelles? O non si può affermare per contro che in questo affidare operazioni gravi a chirurghi valenti, ma estranei all'ammalato, che non può nè apprezzarli debitamente nè riporre in loro completa fiducia, in questa vivisezione esperimentale ed internazionale non vi sia qualche cosa che oltrepassi il segno e urti il sentimento? Ogni giorno vennero praticate operazioni ginecologiche dalle 8 alle 10 ant. nell'Ospedale S. Pierre, nell'ospedale S. Jean, nell'Istituto ginecologico del dott. Jacobs. È questo che noi abbiamo specialmente frequentato. Sorge in Anderlecht, via Broeck n. 1. La sala d'operazioni è bellissima e corredata secondo le ultime esigenze dell'asepsi, ed in esso operarono il Segond, il Martin, il Sänger, il Jacobs, eseguendo rispettivamente una isterectomia vaginale per piosalpinge bilaterale, una isteromiomectomia totale addominale, un'operazione di prolasso, una laparotomia per affezione degli annessi. Godo di annunciare che tutte le accennate operazioni, secondo le notizie date recentemente dal dott. Jacobs, ebbero ottimo risultato.

La seduta inaugurale del Congresso fu tenuta il 16 settembre alle 2 pom. nel palazzo delle Accademie, al davanti del quale ondeggiavano le bandiere di tutti i paesi. Premesse le cerimonie d'uso, il presidente prof. Kufferath pronunciò un discorso in cui riassunse i progressi dell'ostetricia e della ginecologia dovuti all'antisepsi, occupandosi specialmente della Maternità di Bruxelles, dove prima dell'antisepsi, sopra 10,000 partorienti, 480 ammalavano e 260 morivano, mentre oggidì il numero delle ammalate è disceso a 22 e soltanto 3 soccombono ad affezioni puerperali. Riguardo alla ginecologia non posso restarmi dal riportare un brano del suo discorso, che deve essere meditato anche in Italia. « I beneficî « dell'antisepsi si sono estesi anche alla giovane sorella dell'ostetricia, alla gine- « cologia. Si potrebbe anzi dire che questa ne è stata troppo avida. Lo sviluppo « meraviglioso che ha preso è forse stato troppo precipitoso perchè non si os- « servassero disordini nella sua evoluzione. Il successo assicurato dall'antisepsi « sembra giustificare tutte le audacie operatorie. Noi possiamo esportare impu- « nemente gli organi genitali interni, ma non bisogna dimenticare che esportare « un organo non è sempre guarire. La tendenza esclusivamente operatoria che « prevalse fino a questi ultimi tempi in ginecologia è un errore che condurrà fa- « talmente alla reazione. Resterà sempre abbastanza da esportare ai ginecologi

« se si limiteranno ad attaccare col coltello non gli organi semplicemente infiam-
« mati, ma quelli che sono degenerati o incapaci a funzionare. È tempo che la
« terapia delle affezioni infiammatorie croniche divenga più medica e meno chi-
« rurgica. »

Passiamo ora in rapida rassegna gli argomenti messi all'ordine del giorno e le discussioni su essi provocate. Daremo in seguito i riassunti delle comunicazioni mano mano che ci saranno trasmessi.

Discussione sulle suppurazioni pelviche.

Segond (relatore). È specialmente del trattamento delle suppurazioni pelviche che intende trattenere l'assemblea, e distinte queste in secondarie e primitive, comprende con quest'ultima denominazione le raccolte marciose periuterine propriamente dette, le quali possono avere punto di partenza in un processo infiammatorio che abbia sede sia negli annessi uterini, sia nel peritoneo pelvico, sia nel cellulare periuterino. Vi comprende pure, per eccezione, l'ematocele suppurato, il cui diagnostico differenziale è così arduo da rendere impossibile lo stabilire se la suppurazione sia primitiva o secondaria ad uno spandimento sanguigno. Ciò premesso, insiste sopra un primo punto, che cioè l'intervento grave, come la laparotomia e l'isterectomia, debba essere scrupolosamente riservato ai casi nei quali è manifestamente impossibile contentarsi di una chirurgia più conservatrice. Nota altresì che, la causa vicina o remota delle suppurazioni pelviche risiedendo di solito in uno stato morboso dell'utero, sarà necessario praticare sempre una terapeutica uterina conveniente. Restringe le sue argomentazioni ai casi in cui si ritenga necessario l'intervento laparotomico o l'isterectomia. Per la laparotomia è notorio come possa rispondere a tutte le indicazioni sia che si tratti di suppurazioni intraperitoneali, incisticate, libere o poco aderenti, sia che si tratti di piosalpingi aderenti, di pelviperitonite, di ematocele suppurato, di suppurazioni miste endo e extraperitoneali. Per l'isterectomia l'accordo è lungi dall'essere fatto e si sono sollevate a suo riguardo anche polemiche violente. Il principio che vorrebbe vedere trionfare è così da lui formulato: che l'isterectomia è cioè indicata in tutti i casi di suppurazione pelvica, che oggidì si operano mediante laparotomia praticando l'*ablazione bilaterale* degli annessi. La *gravità minore* dell'intervento, l'*efficacia maggiore*, la *mancanza di cicatrice* sono le tre considerazioni capitali su cui appoggia la preferenza che secondo lui deve darsi all'isterectomia nel trattamento delle suppurazioni pelviche. L'impossibilità di un campo operatorio sufficentemente vasto, l'ingombro delle pinze, l'infedeltà della emostasi, la frequenza delle complicazioni operatorie, il carattere incompleto dell'intervento, possono essere difficoltà, pericoli, imperfezioni dell'operazione che però

l'esame dei risultati ottenuti e la pratica riducono al loro giusto valore, conservando alla isterectomia la preferenza sulla laparotomia. Riguardo ai risultati, sopra 102 isterectomie, di cui 55 per lesioni suppurative, non ebbe a registrare che 11 morti, e l'analisi delle cause della mortalità dimostra come questa non debba tutta attribuirsi all'intervento. Riguardo alla tecnica insiste sulla combinazione delle due manovre fondamentali che costituiscono la caratteristica del processo di Péan *(hystérect. par morcellement)* lo *spezzettamento, mediante sezioni trasversali successive, delle due valve uterine ottenute colla incisione trasversale dell' organo dopo sicura emostasi preventiva colla forcepressura, e lo spezzettamento collo svuotamento centrale senza emostasi preventiva della zona uterina corrispondente.* A suo avviso le due manovre accennate possono trionfare di tutte le difficoltà meglio che la sezione mediana.

Péan legge un lungo rapporto nel quale riprende e conforta gli argomenti di Segond colla propria autorità ed esperienza e viene alle seguenti conclusioni:

1. Le suppurazioni pelviche da lui prese in esame sono quelle che hanno per punto di partenza l'apparecchio genitale interno della donna.

2. Si possono dividere in suppurazioni tipiche, nelle quali non esiste altra lesione pelvica che la suppurazione; suppurazioni miste, accompagnate cioè da una affezione qualsiasi degli organi vicini, stenosi vaginale o uterina, tumore uterino; suppurazioni complicate, con apertura cioè dei focolari suppurativi in una cavità splancnica.

3. Le più difficili a curarsi sono quelle che datano da molto tempo e che hanno provocato guasti gravi nell'utero e negli annessi.

4. La discussione principale relativa al trattamento chirurgico verte oggidì sul seguente punto: val meglio levare gli annessi per via addominale lasciando l'utero, o esportare utero e annessi per via vaginale?

5. L'estirpazione dell'utero e degli annessi per via vaginale col metodo di Péan è preferibile all'estirpazione isolata degli annessi per via addominale per le ragioni seguenti: 1.° essa è di una esecuzione egualmente facile nei casi semplici, molto più facile nei casi gravi o complicati: 2.° è più fedele nei suoi risultati, permette meglio di evacuare completamente i focolai purulenti, di lavarli, di fognarli, espone meno alla continuazione e alla recidiva dei processi: 3.° apre una via molto più favorevole allo scolo del pus e dei liquidi morbosi: 4.° non espone alla soppressione di una funzione che sarebbe possibile conservare, poichè mediante incisioni esploratrici convenientemente fatte nel cul di sacco vaginale è possibile rendersi conto della unilateralità o bilateralità delle lesioni e regolare così l'intervento: 5.° la mortalità è minima, i risultati lontani sono più favorevoli che colla estirpazione degli annessi per via addominale: 6.° sopprime il pericolo delle ernie post-operatorie.

6) Nelle suppurazioni pelviche miste e complicate, l'estirpazione per via vaginale è il solo metodo che convenga: la tecnica operatoria comporta lievi modificazioni a norma della natura delle affezioni concomitanti e delle complicazioni.

Willems (Gand) difende la perineotomia che può dare largo e facile accesso alle raccolte purulente pelviche, specialmente a quelle che stanno dietro l'utero.

William Travers (Londra) è partigiano della laparotomia che, almeno in Inghilterra non sarà detronizzata dalla isterectomia le cui indicazioni crede eccezionali.

Jacobs (Bruxelles) ammette molta importanza alla divisione delle suppurazioni pelviche in intraperitoneali, per le quali è richiesto un intervento radicale ed in extraperitoneali che comportano indicazioni diverse. Per le prime, quando la bilateralità delle lesioni è diagnosticabile, è preferibile l'isterectomia, che è specialmente indicata nel piosalpinge bilaterale con estensione del processo all'ovaio, al parametrio, nei quali casi la laparotomia lascia un reliquato infiammatorio attorno al peduncolo e nel tragitto uterino della tromba, oltre alla endometrite concomitante. Nei casi operati colla isterectomia ebbe il 3. 2 0[0 di mortalità, in quelli operati colla laparotomia il 3. 7 0[0.

Sneguireff e Goubaroff (Mosca). Le nozioni sull'anatomia del cellulare del bacino mancano di precisione. Questo tessuto presenta una disposizione particolare, forma cioè dei setti che essi chiamano mesenterii cellulari. Il mesenterio cellulare del legamento rotondo ha una grande importanza per l'anatomico, per il patologo, per il chirurgo, poichè divide tutte le infiammazioni del cellulare del bacino in due gruppi, le *antero laterali* e le *postero laterali*. La presenza di tale setto è dimostrato dalle ricerche anatomiche di Goubaroff e dalle osservazioni cliniche di Sneguireff. Essi hanno ideato processi operatorii semplici e precisi che permettono di ricercare il pus in tutta l'estensione del cellulare pelvico col metodo extraperitoneale (laparotomia extra o para-peritoneale). Tale risultato è confermato da 46 casi operati da Sneguireff. Conchiudono che ogni infiammazione o suppurazione disseminata che abbia per sede il tessuto cellulare o non ceda ad alcun mezzo terapeutico debba essere trattato colle incisioni.

Deghilahaye (Mons). Insorge contro l'uso corrente del raschiamento che considera come causa frequentissima di suppurazioni pelviche, piuttostochè come agente curativo e preventivo, e continua la sua carica a fondo fino a chiamarlo un'onta della medicina.

Richelot (Parigi) è partigiano convinto del metodo di Péan, a dimostrazione della efficacia del quale porta la sua vasta esperienza personale (basata sopra 144 isterectomie, colla mortalità del 6 0[0), delle quali 120 per affezioni degli annessi e 39 di queste per suppurazioni gravi. L'isterectomia non lascia fistole. Egli ha nella sua statistica 15 casi di isterectomia consecutiva a laparotomia, nei quali quella è valsa a togliere sofferenze che questa aveva lasciate.

Sänger (Lipsia) assegna un posto legittimo alla isterectomia, ma ritiene rare le sue indicazioni, fra queste le fistole multiple e croniche del cul di sacco vaginale, gli ascessi disseminati, piosalpingi, pioovariti.

Moore Madden (Dublino) divide pure le suppurazioni in endoperitoneali ed extraperitoneali. Il trattamento deve variare a seconda dei casi. Non è ad ogni modo partigiano della isterectomia, ma preferisce la laparotomia, la quale permette di vedere quello che si fa e di fognare la cavità pelvica.

Goullioud (Lione) difende il noto metodo di Laroyenne per la cura chirurgica delle suppurazioni pelviche, ne dimostra l'apparecchio, sostiene come la multiplicità delle raccolte purulente non ne controindichi l'uso, e porta in campo 48 casi seguiti da guarigione, di cui quattro seguiti da gravidanza.

Pichevin (Parigi) opina che le indicazioni della isterectomia abbiano subìto una estensione troppo grande. La formola di Segond che l'isterectomia è indicata ogni qual volta che la bilateralità o la incurabilità delle lesioni periuterine è constatata, è semplice, ma non di facile applicazione. Egli cita quattro casi in cui aveva diagnosticato l'esistenza di lesioni bilaterali, nei quali colla laparotomia potè constatare che da un lato l'ovaio era semplicemente avvolto da pseudomembrane e potè quindi conservare gli annessi di un lato. In un quinto caso, in cui aveva diagnosticato cisti ovarica da un lato e cisti del legamento largo dall' altro, potè snucleare questa conservando tromba ed ovaio dello stesso lato. Nei cinque casi accennati si sarebbe fatta l' isterectomia, poichè le lesioni erano bilaterali, ma ciò che vi era d' incurabile non erano nè la tromba nè l'ovaio, ma la lesione periovarica. Aggiunge come l' isterectomia non possa portare la guarigione di ascessi situati in alto e non comunicanti colla cavità creata dalla isterectomia. Parla delle lesioni dell' intestino, della vescica, degli ureteri che si sono avuti colla isterectomia, accenna al pericolo della emorragia, contro la quale noi siamo a discrezione di una pinza che può lasciare la presa, aggiunge che anche dopo l'isterectomia si possono avere fistole vaginali e dolori pelvici consecutivi e conchiude come, pure conservando il suo posto alla isterectomia, non si possa pretendere di collocare la laparotomia fra le operazioni cadute in disuso o inopportune nelle affezioni degli annessi.

Delagenière (Mans). In 18 ammalate da lui laparotomizzate, per affezione degli annessi con presenza di pus, ebbe un solo caso di morte, quindi la mortalità del 5. 55 0[0 di fronte a quella di Segond del 8. 69 0[0. Per quanto riguarda i risultati definitivi, in una sola, trattata col drenaggio, ebbe una fistola addominale durata quattro mesi e mezzo ed in un' altra un indurimento del legamento largo, tre mesi dopo l' intervento. Per lui, la laparotomia nei casi di suppurazione pelvica sarebbe meno grave che l' isterectomia, i risultati lontani sarebbero equivalenti se non superiori colla prima, l'inconveniente della cicatrice sarebbe com-

pensato dalla eventualità dell'apertura della vescica nell'isterectomia. Dal punto di vista delle indicazioni divide le sue osservazioni in tre gruppi:

1.° Il pus è raccolto nelle trombe o nelle ovaie. L'operazione è semplice (10 osservazioni).

2.° Il pus, indipendentemente dalle lesioni degli annessi, è riunito in focolai più o meno considerevoli nel peritoneo pelvico. L'operazione è complessa, non basta esportare gli annessi ma bisogna evacuare e fognare i focolai di pelviperitonite (6 operazioni, 6 guarigioni).

3.° Vi ha comunicazione fra il focolaio purulento e un organo qualunque. L'operazione è molto complessa e crede che solo la laparotomia possa permettere di rimediare alle lesioni (2 casi, 2 guarigioni). Per tali ragioni l'isterectomia è una operazione di eccezione e non dovrebbe essere indicata che quando la laparotomia non è riuscita.

Vuillet (Ginevra). La puntura gli ha fatto evitare isterectomia e laparotomia da due anni. Fissata la tumescenza, la punge con un trequarti sottile scannellato, sulla cui scannellatura può essere guidata una piccola lama triangolare. La puntura può essere ripetuta anche tre volte. Se la raccolta si riproduce, pratica una iniezione da 5 a 10 grammi di soluzione di sublimato. Egli insiste sulla perdita di virulenza del pus nelle vecchie raccolte. Non crede alla evacuazione delle trombe mediante la dilatazione e il tamponamento dell'utero. L'evacuazione semplice costituisce per lui il trattamento di scelta delle suppurazioni pelviche.

Walton (Bruxelles). L'endometrite è nella gran maggioranza dei casi il punto di partenza dell'affezione degli annessi, per cui qualche volta praticata l'ablazione degli annessi, la donna continua a soffrire. L'isterectomia merita il grave rimprovero di lasciare di spesso gli annessi ammalati. La ginecologia conservativa è per lui la ginecologia dell'avvenire e risponde a tre indicazioni: combattere l'infiammazione dell'utero, rendere permeabile l'orificio delle trombe; sterilizzare l'endometrio.

Doyen (Reims). Praticò 305 operazioni per lesioni dell'utero e degli annessi: di esse 141 per lesioni degli annessi, di cui 8 laparotomie sottoperitoneali, 56 laparotomie, 77 isterectomie vaginali. In due delle 8 laparotomie sottoperitoneali, in cui si aveva fistola retto-tubarica, si ebbe uno stato stazionario, tre casi di salpingite puerperale, complicata una volta da cisti dermoide suppurata, guarirono rapidamente, tre casi di piastroni enormi infiltrati di liquidi torbidi e induriti guarirono pure rapidamente colla incisione e col tamponamento antisettico. Nelle 56 laparotomie si ebbero sei morti operatorie, di cui due dovute a cattivo catgut. Le 77 isterectomie vaginali diedero 4 morti. Per lui è evidente che le due laparotomie sottoperitoneali con risultato nullo e quattro delle ammalate morte per

la laparotomia avrebbero avuto probabilità di un esito favorevole colla isterectomia vaginale. Dieci operate per via laparotomica hanno dovuto subire poi l'isterectomia come operazione di complemento, mentre una sola operata per via vaginale ha subìto ulteriormente la laparotomia per aderenze pelviche dolorose che non avevano potuto essere distrutte per via vaginale. Tali risultati lo hanno fatto partigiano della isterectomia, che eseguisce con un manuale operatorio un po' diverso da quello di Péan preconizzando l'apertura mediana della cavità uterina. Aggiunge come fino del 3 dicembre 1887 egli abbia praticato di deliberato proposito l'isterectomia vaginale per una lesione suppurativa bilaterale degli annessi.

Rouffart (Bruxelles). Possiede egli pure tre osservazioni di laparotomia che hanno dovuto essere seguite dalla isterectomia. I risultati ottenuti in 21 isterectomie (un solo caso di morte) dimostrano che il metodo di Péan è senza gravità. Gli accidenti che possono sopravvenire non sono irrimediabili; in un caso una fistola intestinale guarì spontaneamente in quindici giorni, in un altro caso in cui l'uretere fu leso, si ottenne la guarigione colla nefrectomia.

Duret (Lilla). È difficile sapere se gli annessi dei due lati sieno colpiti. Riferisce l'osservazione di una donna in condizioni gravi e coi segni di una pelviperitonite, nella quale la laparotomia dimostrò da un lato una cisti dell'ovaio con suppurazione degli annessi, mentre dall'altro lato la tromba e l'ovaio erano sani e così si potè conservare l'utero. Nelle salpingoovariti che conducono alla pelviperitonite di Bernutz, bisogna fare la isterectomia totale che non è più difficile della laparotomia.

Tournay (Bruxelles). Praticò parecchie volte l'operazione di Péan con successo, ma riconosce che ci sono dei casi in cui non è applicabile, quelli cioè in cui gli annessi di un solo lato sono ammalate e quelli nei quali l'isterectomia non può raggiungere le raccolte troppo elevate: riferisce osservazioni in appoggio a tale veduta.

Lawers (Courtrai). Cita casi in favore e contro la laparotomia. In un gran numero di casi l'isterectomia è a preferirsi perchè sopprime la via della infezione.

Felix (Bruxelles). Crede migliori i risultati che si ottengono col trattamento antiflogistico, col sanguisugio, le acque minerali, la elettricità. Crede pericoloso anche il raschiamento. Vorrebbe un nuovo Congresso per stabilire le indicazioni delle operazioni radicali.

Le Bec (Parigi). È partigiano della isterectomia ma con ecletismo. Se le raccolte purulenti sono elevate, la laparotomia è metodo più sicuro perchè permette di lottare contro le aderenze intestinali e pelviche. Se le raccolte sono basse, facilmente accessibili alla esplorazione è a scegliersi la via vaginale e con differenti processi. Le masse dure antiche possono essere curate col massaggio; l'elettrolisi è pure un mezzo eccellente. Se tali mezzi non riescono, costituiscono una indicazione

della isterectomia. Se le tumescenze sono fluttuanti, la incisione e il drenaggio hanno la loro indicazione, se non riescono, si procederà alla isterectomia vaginale.

Heywood Smith (Londra). Considera necessaria la distinzione fra suppurazioni entro il peritoneo, ascessi dell'ovaio, piosalpingi, ematocoli suppurati e suppurazioni sottoperitoneali. Per queste ultime bastano la puntura e la fognatura; per le prime è necessario inciderle, svuotarle, suturare le saccoccie purulenti alle pareti addominali, ovvero esportarle, e crede che il miglior processo sia la incisione addominale. Vorrebbe che il Congresso facesse qualche voto per sostituire alla parola laparotomia, che significa incisione sul fianco, la parola celiotomia che significa incisione sulla linea mediana. Per ciò che riguarda l'operazione di Péan, la crede inferiore alla celiotomia.

Boisleux (Parigi). Descrive l'operazione da lui chiamata elitrotomia infraligamentare, che consiste nell'incidere la volta vaginale posteriore ad un cm. al disotto della inserzione vaginale sul collo dell'utero, longitudinalmente, per cinque, sei centimetri, operazione che sarebbe indicata nei casi di ascessi pelvici, di aderenze uterine o degli annessi.

Mangiagalli (Milano). Nell'argomento delle suppurazioni pelviche gli sembra utile considerare assieme la questione eziologica e terapeutica, poichè dallo studio eziologico possono trarsi criterii razionali per seguire un determinato processo nella loro cura in questo od in quel caso. Per ciò che riguarda la questione eziologica presenta al Congresso i risultati ottenuti dal dott. Giglio di Palermo, suo assistente volontario, che ha studiato la questione sperimentalmente. Il dott. Giglio sperimentò su 38 animali, cagne, cavie, coniglie, adoperando come materiale di inoculazione pus aspirato da ascessi, pus blenorragico, pus di oftalmoblenorrea, batterii piogeni in cultura pura (stafilococco piogeno, aureo, albo, citreo, bacillo piocianico) ovvero associazioni bacteriche. Le regioni scelte per l'inoculazione furono la vagina a tessuti integri, la vagina a tessuti lesi, la cavità uterina, i corni dell'utero, le trombe, il connettivo pelvico. Da queste ricerche il dott. Giglio avrebbe tratto la conclusione che le vie di propagazione della infezione nel piccolo bacino e negli organi pelvici sieno date dalla circolazione sanguigna e linfatica, per cui, accettata la teoria linfatica, ne potrebbe derivare un argomento d'indole generale a favore della isterectomia, che più ampiamente rimuove i focolai primitivi, da cui l'affezione si è propagata agli annessi. Clinicamente, nei casi molto complessi, piosalpingi bilaterali con raccolte pelviperitoniche come ne ebbe ad osservare, o complicate da estesi reliquati di peri e parametrite, l'isterectomia gli sembra operazione più razionale e più radicale, più sicura nei suoi risultati prossimi e remoti. Così pure gli pare più indicata la isterectomia nei casi in cui preventivamente si possa dimostrare una notevole virulenza dei liquidi tubarii e ne' casi in cui esistano fistole retto-tubarie. Per quanto riguarda la sua esperienza, eseguì

84 volte la isterectomia vaginale per svariate indicazioni, con quattro morti, di esse però solo sei volte per affezioni degli annessi, quattro volte per affezioni suppurative, sempre colla guarigione. Come metodo si servì di regola delle legature progressive, per eccezione della forcipressura, mai del *morcellement*. La laparotomia conserverà un vasto campo di efficacia, è ad essa che ricorse nella maggioranza dei casi ribelli ad ogni altro trattamento, e siccome non è a dimenticarsi che il pus raccolto nelle sacche tubarie o attorno ad esse va mano mano perdendo la sua virulenza, l'aspirazione capillare, la puntura col trequarti, il drenaggio, l'incisione addominale o vaginale, hanno e devono avere esse pure estesa applicazione nei casi di suppurazione pelvica.

Chéron (Parigi). Il drenaggio, il raschiamento, il massaggio, la ignipuntura, la elettricità guariscono molte ammalate. I casi di suppurazione pelvica sono più rari di quello che non si dica. L'isterectomia è una buona operazione nei casi gravi, ma deve praticarsi al suo giusto momento.

Segond (Parigi). Riassume la discussione constatando come la maggior parte delle comunicazioni sieno in favore della isterectomia. Per riguardo alle rivendicazioni della ginecologia conservatrice, non può far di meglio che riferirsi alle frasi della sua relazione nelle quali afferma che le operazioni gravi debbano riservarsi scrupolosamente a quelle ammalate nelle quali è evidente l'impotenza di una chirurgia più conservatrice.

Sulla placenta previa.

È relatore il dott. Berry Hart di Edimburgo e noi diamo qua integralmente il riassunto che diede l'autore stesso della sua relazione, svolta al Congresso coll'aiuto di numerose tavole e preparazioni anatomiche illustrative.

La definizione della placenta previa è resa possibile dalle nostre cognizioni sempre in aumento sulla natura del segmento inferiore e sul modo col quale si comporta durante il travaglio. La placenta è previa quando s'inserisce in parte sul segmento uterino inferiore. Le nostre conoscenze sull'anatomia esatta del segmento inferiore sono ancora incomplete, come lo dimostra il fatto che non possiamo definire anatomicamente il segmento inferiore così chiaramente come esso lo è durante il travaglio, sotto l'influenza della contrazione uterina. Funzionalmente si potrebbe anche definire la placenta previa come l'inserzione della placenta su quella parte stessa del segmento inferiore dell'utero che subisce una espansione durante il travaglio, conducendo così al distacco della porzione *previa*. Espone le idee di Hofmeier sulla funzione della caduca riflessa nella placenta previa e la modificazione apportata da Kaltenbach nella definizione. Esamina l'area del segmento inferiore dell'utero alla fine della gravidanza ed i cangiamenti che vi si producono per opera del travaglio, studia l'anatomia dello strato spugnoso al

punto del distacco, specialmente in riguardo alla emorragia, descrive il meccanismo di distacco della porzione previa, studiando la causa della emorragia ed il meccanismo della sua cessazione. Riguardo al trattamento, quantunque questo debba necessariamente variare nei suoi particolari nei diversi casi, deve obbedire alle seguenti condizioni:

1. Osservare le norme dell'antisepsi ed evitare ogni causa d'infezione, il che esclude un trattamento prolungato.

2. Riconoscere pienamente il maggior valore della vita della madre.

3. Conoscere il meccanismo naturale del parto in simile complicanza, meccanismo che potrebbe essere così determinato: in un parto normale le membrane si separano dal segmento inferiore dell'utero durante il primo periodo del travaglio; in caso di placenta previa, la differenza consiste nel distacco d'una parte della placenta del segmento inferiore necessariamente molto vascolare. Ne risulta una emorragia che dobbiamo combattere. Vi si riesce il meglio colla versione bipolare. Il parto si effettua allora come in una presentazione dei piedi.

Discute infine gli altri metodi e le loro statistiche.

Barnes rivendica a sè ed alla clinica la priorità di certe determinazioni anatomiche. La linea di demarcazione di Barnes, la sua *boundary-line* da lui descritta fino dal 1847, diventa l'orificio interno di Braune nel 1872, l'anello di Bandl nel 1876, l'anello di contrazione di Schroeder più tardi. Per essi però l'anatomia resta senza fisiologia. Mantiene appunto la sua divisione dell'utero in tre zone: superiore, media, inferiore. L'emorragia viene dai vasi uterini e ne è causa la lacerazione di questi al distacco della placenta. Ciò che è difficile è la dimostrazione della causa di questo distacco precoce. Non può accettare per la maggioranza dei casi la teorica che dalla contrazione dell'utero derivi la diminuzione della superficie d'impianto della placenta, e quindi il distacco di questa che non può seguire tale retrazione e per ciò l'emorragia. È un fatto acquistato dalla osservazione clinica che in molti casi l'emorragia precede ogni contrazione uterina, cosichè molte volte l'emorragia comincia nel sonno e la donna è svegliata non dal dolore ma dallo scolo sanguigno. L'alta tensione vascolare nei periodi che corrispondono alla menstruazione e nei quali più di frequente si manifesta l'emorragia, la costruzione cavernosa della placenta che favoriscono il suo ingrossamento rapido per accumulo di sangue, lo sviluppo della placenta superiore a quello del segmento uterino inferiore, spiegano la genesi del distacco placentare e quindi della emorragia. La cessazione spontanea della emorragia può essere prodotta dalla contrazione dell'utero, attiva o tonica, e dalla trombosi, ma tale cessazione fisiologica non è sicura prima che sia staccata la parte di placenta inserita nella zona inferiore. Il limite d'inserzione pericolosa della placenta corrisponde all'equatore della testa del feto. Finisce svolgendo i noti corollarii terapeutici tratti dalla sua dottrina.

Gellé (Provins) parla dei vantaggi che si hanno nella pratica dal pallone di Champetier de Ribes.

Verrier (Parigi) parla della placenta previa bilobata e in genere insiste sulla preferenza che si deve dare alla versione.

Sulla gravidanza extrauterina.

Ecco le conclusioni del relatore A. Martin (Berlino) su questo importante argomento:

1. L'eziologia della gravidanza extrauterina è ancora molto oscura. Le ipotesi attuali non spiegano che alcuni casi isolati e non in modo che non dia adito a contestazioni. Tale questione non potrà essere risolta che quando conosceremo esattamente la fisiologia della fecondazione.

2. L'inserzione tubaria dell'ovulo è la più frequente: l'inserzione ovarica non è così rara come lo si è affermato in questi ultimi tempi.

3. La diagnosi di gravidanza extrauterina è una diagnosi di probabilità in tutti i casi, tranne quelli nei quali si può osservare l'aumento della borsa fetale fuori dell'utero, la formazione intrauterina di una caduca senza corion manifesto, ovvero il prodotto stesso del concepimento.

4. L'esito in metamorfosi regressiva con formazione di litopedio è raro. Nella maggior parte dei casi la morte dell'ovulo avviene per emorragia nel sacco fetale o nell'ovulo stesso. Può verificarsi allora o l'evacuazione del sangue nella cavità addominale per l'orificio addominale della tromba (aborto tubario), o la rottura della tromba nella cavità addominale o nel legamento largo. Tale emorragia si arresta raramente. Nella maggior parte dei casi la morte sopravviene per anemia acuta o per peritonite la cui eziologia è ancora sconosciuta.

5. Si deve considerare e curare la gravidanza extrauterina come un neoplasma pericoloso. I casi di sviluppo a termine sono così rari che, rispettando la vita del feto, si sacrifica la madre.

6. Per conseguenza, la terapia di scelta è l'intervento operatorio il più possibilmente precoce in tutte le varietà di gravidanza ectopica. Se è fattibile, deve esportarsi il sacco fetale. La cura colle iniezioni di morfina non dà che guarigioni lente e dubbie. Non si può ancora giudicare del valore del trattamento elettrico, non essendovi ancora osservazioni esenti completamente da critica.

Albert Doran (Londra). La gravidanza extrauterina è del dominio del ginecologo. Se la gravidanza si sviluppa in un corno uterino atrofico, praticamente deve considerarsi come extrauterina. La sede più frequente della gravidanza extrauterina è la parte media della tuba, e deve mettersi in dubbio ogni altra sede primitiva e ne indica le ragioni, il che appoggia le idee di Martin, indicando un intervento precoce. Un sacco tubario situato vicino all'utero si rompe presto, quelli

che hanno sede nel padiglione resistono meglio, ma contraggono rapidamente aderenze cogli organi vicini.

Dimitri de Ott (Pietroburgo). È specialmente del trattamento della gravidanza ectopica che trascina a lungo, che intende parlare e ne divide i sintomi in due categorie, quelli che provengono dalle modificazioni che hanno luogo nel sacco fetale e nel suo contenuto, quelli dovuti alle modificazioni consecutive nelle altre parti dell'apparato sessuale e specialmente nell'utero. Si può dimostrare la perfetta analogia della gravidanza ectopica con quella normale, non differendo la gravidanza tubaria da questa che per ciò che si sviluppa nella parte del canale genitale che resta doppia dopo il periodo embrionario. Appartengono ai sintomi della prima categoria: 1.° le riprese delle emorragie interne che pongono in serio pericolo la vita dell' ammalata; 2.° i disordini dovuti alla presenza nella cavità addominale di un corpo estraneo, che si manifestano con disturbi nella funzione degli organi vicini, con dolori, con disturbi generali della nutrizione. La nutrizione dell' uovo può produrre l' impossibilità di parti normali, come l' osservarono Schauta e lui stesso; 3.° le lesioni infiammatorie di ogni genere nel peritoneo e nel cellulare, e in questo caso si osserva di frequente una peritonite mortale; 4.° la suppurazione e la gangrena del tumore con tutte le conseguenze, perforazione, evacuazione del suo contenuto negli organi vicini. Appartengono alla seconda categoria la formazione in caduca della mucosa uterina, l'ipertrofia e l'iperplasia degli elementi muscolari della parete uterina. Se la gravidanza extrauterina cessa di svilupparsi, si hanno fatti eguali a quelli dell'aborto intrauterino: tutti i fenomeni d'evoluzione inversa si arrestano, l'utero conserva lungamente un volume considerevole, sotto l'influenza della subinvoluzione l' iperemia si mantiene, la caduca è eliminata o più frequentemente si atrofizza gradatamente senza distaccarsi. In questi casi l' emorragia, che dura spesso dei mesi intieri, presenta certamente il sintomo più caratteristico. L'emorragia, nell'aborto tubario, è sopratutto pericolosa quando è dovuta non solamente alle modificazioni dipendenti dalla gravidanza stessa, ma altresì ad un ostacolo alla circolazione, ostacolo prodotto generalmente da uno spostamento molto pronunciato dell' utero, che è per così dire respinto dalla tumescenza gravidica situata il più di frequente all' indietro. Nei periodi delle iperemia mestruale, il quadro della malattia si aggrava, l' ammalata, spossata, è soggetta ad una ripresa della emorragia. Queste emorragie possono durare anche sei mesi e più. Il pronostico è grave, tanto più che il trattamento che si applica in questi casi, compreso il raschiamento, non è che sintomatico, per cui è evidente che l'arresto dello sviluppo della gravidanza extrauterina non allontana ancora i pericoli che minacciano la vita della paziente. Perciò egli crede che la sola terapia razionale è quella di allontanare completamente l' uovo e le parti circostanti alterate, e come processo operatorio più razionale indica la laparotomia sopra il piano inclinato.

Rein (Kiew). Ammette la gravidanza addominale primitiva, avendone egli stesso osservato due casi. In un caso il feto era completamente ricoperto colle membrane nella cavità addominale e la placenta inserita sul fondo dell' utero, mentre gli annessi erano normali. Nell'altro la placenta era pure inserita sull'utero. Tutte due le ammalate guarirono colla laparotomia.

Pichevin (Parigi) insiste sulla frequenza della gravidanza tubarica, di cui in 18 mesi ne vide almeno otto casi, poichè parla solo di quelli operati, fra cui ebbe due morti, una dovuta ad emorragia, l'altra a peritonite. Nel primo caso aveva praticato l' isterectomia vaginale, nel secondo la laparotomia e in questo fu causa di peritonite molto probabilmente la lesione dell' intestino.

Pawlaki Fenerly (Costantinopoli). Espone cinque casi interessanti di gravidanza extrauterina. È d'avviso che la maggior parte degli ematoceli periuterini siano il più delle volte il risultato di gravidanze ectopiche.

Mordok Cameron (Glascow). L' eziologia delle gravidanze extrauterine è oscura, bisogna ricercarne la causa nelle affezioni dell'utero e delle trombe. Ammette la gravidanza addominale di cui osservò un caso. Condanna il trattamento colla iniezione di sostanze tossiche e colla elettricità.

Petit (Parigi). Dopo aver richiamato i lavori di Veil e di Pilliet sulla diagnosi istologica dell'aborto tubario, l'autore dichiara come in tutti i casi di ematosalpinge che egli ebbe ad esaminare (da 6 ad 8) ebbe sempre a constatare villosità più o meno atrofizzate o cellule deciduali. Egli ammette inoltre come la gravidanza ectopica abbia una parte importante nella genesi di affezioni infiammatorie degli annessi, che si sarebbe tentati di attribuire a tutt'altra causa.

Engelmann (S. Louis, America) mostra tavole e fotografie che si riferiscono alla eziologia ed al diagnostico della gravidanza ectopica.

Strauch (Mosca) mostra una tromba che rinchiudeva un feto di due mesi estratto due anni dopo.

Lebec (Parigi) richiama l'attenzione sulle difficoltà della operazione in alcuni casi. In un caso non fece l' incisione mediana perchè avvertiva il soffio utero placentare, ma malgrado ciò cadde egualmente colla incisione sulla placenta. L'esito fu infausto. Chiede al dott. Martin se crede possibile il diagnosticare la sede della placenta e come si comporterebbe in casi analoghi.

Martin risponde a Lebec che il diagnostico esatto della sede d' inserzione placentare non è possibile, che egli farebbe in ogni caso la incisione sulla linea mediana, che la farebbe grande e non piccola come ha creduto di doverla fare il dott. Lebec, per orientarsi nel corso dell'operazione e per poter intervenire efficacemente in caso di emorragia.

MANGIAGALLI.

RASSEGNA

E. Truzzi. — **Per la riabilitazione della sinfisiotomia.** — Milano, 1892.

Questa operazione venne dall'A. praticata su d'una pluripara con bacino piatto (C. V. 72-75 mm.), la quale dai parti antecedenti naturali ma laboriosissimi e di lunga durata od artificiali non aveva ottenuto alcun bambino vivo. Fallita l'applicazione del forcipe allo stretto superiore, sebbene coadiuvata da valida pressione esterna, e persistendo il battito cardiaco fetale, si praticò l'operazione sinfisiotomica che venne condotta seguendo la tecnica preferita da Morisani, e giovandosi di una divaricazione dei pubi di 5 cent. circa, si estrasse facilmente col forcipe un feto vivo, del peso di 3440 gr., lungo 50 cent., con B. A. di 95 mm. e B. O. di 92 mm. Esito felicissimo anche per la madre, perchè la ferita si chiuse *per primam* e la consolidazione della sinfisi fu pronta onde l'operata lasciava il letto in 18.ª giornata.

L'A. che si giovò momentaneamente del tamponamento retropubico richiama l'attenzione sull'utilità di questa pratica la quale può essere giovevole, come lo fu nel suo caso, a scopo emostatico contro il gemizio più o meno copioso di sangue che segue allo scollamento retropubico, può prestare grande servigio per proteggere la vescica e l'uretra, meglio che non colla sola opera del catetere vescicale od anche colla scorta dell'indice quando la sezione viene fatta dall'avanti all'indietro, e può infine rendere abbastanza agevole e sicuro il taglio del legamento sottopubico quando l'operazione venga praticata senza falcetta od altro speciale strumento.

L'A. esamina la questione del grado d'ingrandimento del bacino in seguito alla sinfisiotomia ed alla considerazione che il vantaggio che si ottiene deve ritenersi tanto più considerevole quanto più rilevante era il grado di ristrettezza, oppone che per una data divaricazione della sinfisi pubica il pericolo di una dannosa distrazione delle sinfisi sacro-iliache è di gran lunga maggiore in una pelvi gravemente iniziata che in altra normale o modicamente ristretta. Studiata l'importanza che la strettezza della base sacrale avrebbe per Mayer nella rotazione che si avvera nelle sinfisi sacro-iliache, consecutivamente al taglio della sinfisi pubica, e studiato il valore della brevità della coniugata vera nella detta rotazione, l'A. conchiude che: « nella pelvi gravemente viziata la riduzione notevolissima « della coniugata, talora anche la strettezza della base del sacro, devono rendere « con ogni probabilità pericoloso per l'incolumità delle sinfisi sacro-iliache quel- « l'istesso grado di divaricazione alla sinfisi pubica, che un'esperienza già abba-

« stanza estesa ha dimostrato innocuo nelle pelvi normali oppure viziate al di-
« sopra di un certo limite (65 mm. di C. V. all'incirca). »

L'A. non accetta la sistematica associazione del parto prematuro colla sinfisiotomia, ma riconosce che tale pratica potrebbe essere utile in taluni casi, sempre però nei limiti delle stenosi a coniugata non inferiore ai 65 mm., e chiude il suo lavoro con alcune considerazioni sulla superiorità di questa operazione in confronto del parto prematuro artificiale, del taglio cesareo per elezione e della perforazione a feto vivo. Dott. F. Villa.

Dott. R. Morison. — **The Surgical Treatment of Diseased Uterine Appendages** (*Cura chirurgica delle malattie degli annessi uterini*). — *The British Gynaecological Journal*, novembre 1891.

La diagnosi differenziale in molti di questi casi è difficile, in alcuni impossibile, pure in quasi tutti i casi si deve decidere se è richiesta o no un'operazione. Riguardo ai sintomi tre sono caratteristici di infiammazione degli annessi e sono:

1. *I ricorrenti attacchi di peritonite* dovuti nella maggior parte dei casi a gravi malattie delle tube (pio, emato e idrosalpinge), ed i casi che presentano questi sintomi in generale richiedono l'operazione. Se lasciati a sè un'imperfetta guarigione può seguire ad una lunga e dolorosa convalescenza che può essere interrotta da recidive. Anche quando sembra assicurata la guarigione e dopo parecchi mesi la paziente non è ancora sicura. Rimane la causa della malattia e l'effetto (la peritonite pelvica) può riapparire ad un tratto e con risultato fatale.

2. *L'emorragia uterina* che salvo pochissime eccezioni si mostra più o meno in tutte le infiammazioni degli annessi uterini e sembra dipendere dagli attacchi ricorrenti di peritonite pelvica, i quali ponno essere così leggieri da non attirare l'attenzione sugli organi pelvici. L'emorragia in questi casi è associata a dolori nella pelvi, è irregolare nell' inizio, incerta nella durata ed a volte profusa. Col ripetersi di frequente e colla lunga durata ad onta di cura adatta, produce grave deterioramento nella salute e se si presenta con segni fisici di malattia delle trombe ne indica la loro rimozione come solo mezzo di cura. In certi rari casi dei quali due furono osservati dall'A., l'emorragia è il solo sintomo di malattia ovarica. Anche in questi solo mezzo di cura è l'operazione. Un ovaio apparentemente sano, sebbene probabilmente infiammato, spostato nella tasca del Douglas è a volte associato ad emorragie irregolari. Queste unite a dolori, dovuti certamente allo spostamento e non guaribili con mezzi più semplici, rendono la rimozione degli annessi un'operazione giustificata e consigliabile.

3. *Il dolore.* I dolori più prolungati e più forti non sono sempre accompagnati da evidenza fisica di malattia: questo come pel resto del corpo è vero

anche per le appendici uterine. Secondo l'A. questo fatto non è sufficientemente riconosciuto. In tali casi non si deve operare se non vi è evidenza fisica di malattia pelvica.

I segni fisici che indicano che un caso richiede l'operazione sono:

1. I segni ordinari della peritonite pelvica con essudati a volte in sufficente quantità da rendere oscuri gli altri dati. La storia è generalmente quella di pregressa gonorrea, aborto o parto, i sintomi quelli descritti e la causa la malattia delle trombe.

2. Trombe dilatate e distese, palpabili di solito dietro l'utero e riconoscibili per la loro forma rotondeggiante e l'elasticità. La storia varia a seconda della causa della malattia e del contenuto delle trombe. La gonorrea è la causa più frequente e il contenuto delle trombe è di solito purulento. Una gravidanza extrauterina ne può essere la causa ed allora si trova sangue nelle trombe. Il tumore situato dietro all'utero in questi casi è frequentemente preso per una retroflessione ed i sintomi attribuiti a questo spostamento.

3. L'ingrossamento dell'ovaio che può essere dovuto ad ascesso od ovarite cronica. Sono solo da menzionarsi i tumori ovarici i quali tutti devono essere rimossi appena scoperti.

4. Un ovaio spostato quando produce defecazione dolorosa, coito doloroso, emorragie irregolari e dolori alla palpazione, deve venir rimosso, se i mezzi ordinari non arrivano a toglierne i sintomi.

5. Alcuni casi di dismenorrea acquisita, frequentemente dovuta a salpingite cronica, sono curabili solo colla rimozione degli annessi.

6. Alcuni casi nei quali l'emorragia irregolare ed il dolore risultano da infiammazione di vecchia data delle appendici uterine sono solamente curabili colla loro rimozione. La storia insieme ai segni che gli organi pelvici sono riuniti da aderenze, può essere la sola guida perchè le ovaia e le trombe per le aderenze che le circondano non ponno essere palpate.

7. Ogni caso di peritonite generale acuta è dovuto a qualche seria lesione, la maggior parte delle quali richiedono intervento operativo. Nelle donne non va dimenticata la possibilità di rottura delle appendici ammalate.

Richiedono quindi l'operazione quei casi nei quali si hanno segni definiti di malattia nella pelvi e che producono seri sintomi. A render chiaro il suo concetto l'A. menziona quei casi che secondo lui non devono essere operati con questo mezzo.

1. Casi di dismenorrea, meno le forme acquisite cui ha già accennato.

2. Casi di ovaia e tube aderenti e spostate a meno che sianvi presenti i gravi sintomi accennati.

3. L'A. è contrario all'operazione nelle neurosi più pronunciate, come isteroepilessia, pazzia, ecc.

La rimozione degli annessi ammalati è la sola via di salute se la diagnosi è corretta. Quanto ai risultati nessun altro mezzo secondo l'A. può darne dei migliori. È poi convinto:

1. Che una donna non è evidentemente alterata per la rimozione degli annessi uterini eccetto che in meglio.

2. Che i suoi istinti e desideri come donna non sono aboliti per l'operazione.

Discussione. — Dott. Spanton. È convinto per l'esperienza sua che quando si è stabilita una malattia nella struttura delle ovaia o tube, quasi tutti i mezzi palliativi sono inutili. In molti casi operò specialmente per sintomi intrattabili, così detti isterici, ma in nessuno fu rimosso un ovaio sano. In queste speciali affezioni della donna si deve lasciarsi guidare quasi tanto dai disturbi del sistema generale da questi organi prodotti quanto dal loro volume e carattere. Cita un caso che comprova il suo asserto. Crede che è cosa molto rara di trovare un ovaio completamente sano in questi casi, e sebbene sia contrario alla rimozione di organi sani, egli crede preferibile anche di correre il rischio di incontrarsi con essi (naturalmente lasciandoli intatti se convinto della loro integrità) piuttosto che lasciar continuare una vita miserabile. L'A. non ricorda di aver avuto a lagnarsi di aver operato in nessun caso quando esisteva malattia nella struttura delle ovaie o trombe, eccetto in un caso particolare e questo è molto importante. Quando si rimosse solo un'appendice si ottenne piccolo o nessun beneficio; sembra un punto vitale in questi casi nei quali l'intero organismo nervoso della donna è coinvolto che sia essenziale di terminare l'attività di tutte le funzioni uterine. Quanto più si sarà cauti nella scelta dei casi, tanto più i risultati si mostreranno soddisfacenti e giustificheranno il processo come operazione scientifica e completamente legittima.

Dott. Robson. Trova che l'argomento è di difficile discussione in blocco, perchè le malattie delle appendici devono considerarsi individualmente. Crede che nessuno sconoscerà la correttezza della rimozione degli annessi in casi di tumore, come pio, idro-salpinge, ecc., o nei casi di tube rotte o gravidanza extrauterina o un mioma per arrestare l'emorragia uterina. Crede anche che il maggior numero di chirurghi riconoscerà l'indicazione di operare nella peritonite acuta, quando l'infezione gonorroica od altro avvelenamento passato attraverso agli organi genitali ha prodotto salpingite o peritonite acuta, perchè in tali casi delle vite furono salvate dall'operazione. La difficoltà della decisione si presenta in due classi di casi: 1.° Quando le appendici sono aderenti e l'infiammazione originale è passata; 2.° Nelle malattie nervose. Non crede si debba operare nella prima classe di casi sino a che i mezzi ordinari non abbiano risposto e dopo di aver date ampie spiegazioni alle pazienti ed ai loro parenti. Nella seconda classe l'operazione si mostrò nel maggior numero dei casi molto soddisfacente.

Dott. Bell. Crede che in molti casi furono rimosse delle appendici che si sarebbero potute curare altrimenti. È d'accordo con Spanton che sia cattiva pratica l'operare da un sol lato perchè l'esperienza dimostra che dopo la rimozione di una, l'altra quasi certamente ammala.

Dott. Bantock. È completamente d'accordo con Morison. Vuol toccare un sol punto dell'argomento, sul fatto cioè che la gonorrea ha una importantissima parte nelle malattie degli annessi. Su questo punto egli ha un'opinione più modesta.

Crede che vi sieno altri importanti agenti che danno la malattia; se ciò non fosse, la si dovrebbe riscontrare più di frequente. Crede che l'aborto sia la causa di molte malattie degli annessi. Spera che non si ricorrerà all'operazione sino a che non si sia curato a lungo il caso e non si siano esaurite tutte le risorse dell'arte medica. PIAZZA.

Dott. MORISON. — **Case of vaginal Hysterectomy for uterine Cancer** (*Caso di isterectomia vaginale per cancro uterino*). — *The British Gynaecological Journal*, November 1891.

Fatta la storia dell'ammalata, donna di 39 anni, madre di 5 figli, descrive l'operazione. L'incisione della mucosa nei fornici anteriore e posteriore fu causa di grave emorragia, tanto che si dovettero legare una dozzina di vasi. Nel separare la vescica questa venne perforata. Staccato col dito anteriormente e posteriormente il peritoneo stirò l'utero in retroversione onde porre le legature. La ferita della vescica era di un mezzo pollice e l'A. non credette il caso di suturarla per il tempo che si sarebbe richiesto a ciò. Tamponò la vagina senza porre suture nè drenaggio. Ordinò il cateterismo ogni 4 ore. Il giorno seguente pose un catetere a permanenza e tre giorni più tardi non sortiva più urina dalla vagina. Tre mesi dopo l'operazione la vagina si mostrava normale in lunghezza e sana. Due mesi più tardi si trovarono segni di affezione maligna nel fegato e 18 mesi dopo l'operazione moriva. L'isterectomia vaginale per cancro è soggetto la cui indicazione è ancora sub judice. Molti obbiettano all'operazione:

1.° Il risultato, sia riguardo al prolungamento della vita, sia riguardo al togliere le sofferenze non è tale da consigliare un'operazione così grave.

2.° È molto frequente una rapida recidiva.

Quelli che si schierano in favore dell'operazione dicono:

a) Molte pazienti guariscono od hanno periodi di salute di cinque e più anni ed il numero di cure permanenti non è minore di quello del cancro in altre regioni;

b) se la malattia ritorna di solito è in qualche altra parte del corpo ove le sofferenze sono minori che se si avesse abbandonata la malattia a sè;

c) l'operazione in sè non è così pericolosa da renderla ingiustificabile.

Discussione. — Dott. FANCOURT BARNES non crede che l'operazione abbia un grande avvenire. Essa è a volta difficile e pericolosa. Quando il cancro è diventato più evidente allora l'operazione è più difficile, perchè i tessuti circostanti sono invasi e molto spesso l'operazione è pericolosa.

Dott. EDIS. Crede che solo se il caso è diagnosticato per tempo e si operi prontamente vi sia ragionevole speranza non solo di prolungare la vita, ma anche di liberarla completamente dal male. Operò ultimamente in parecchi casi con

buon successo. Un punto nella diagnosi è molto importante: se si produce emorragia durante l'esame accurato con tutta probabilità trattasi di cancro, le degenerazioni granulari della cervice per regola non sanguinano per l'esplorazione. Cogli uncini di Emmet si può fare una buona presa e trarre bene in basso l'utero. Bisogna prima con un ago curvo assicurare le arterie uterine ed evitare così l'emorragia. Non bisogna cercare di retrovertere l'utero onde evitare il pericolo di infettare il peritoneo col collo ammalato.

Dott. Smyly crede che l'operazione abbia un avvenire. La prima cosa è d'avere i casi iniziali e questo dipende da chi esercita la medicina generale. Quanto alla diagnosi è spesso necessario un buon patologo. Quando la malattia è estesa lontano non è consigliabile l'operazione e bisogna mettere molta importanza all'esame rettale perchè la malattia per tempo si estende ai legamenti sacro rettali.

Dott. Sinclair parla di parecchi casi da lui operati negli scorsi anni con esito apparentemente permanente. Crede che la isterectomia vaginale abbia un grande avvenire.

Dott. Mayo Robson crede l'isterectomia per cancro non solo una delle operazioni più soddisfacenti per quanto riguarda i risultati immediati, ma anche riguardo alla storia ultima, perchè e in casi suoi e in quelli dei colleghi le pazienti sono rimaste in buona salute da uno a tre anni dopo l'operazione.

Bramwell pei casi visti e per la sua esperienza ritiene che l'operazione abbia un avvenire, e crede che se i casi sono scelti con giudizio l'operazione sarà di grande giovamento.

Dott. Robert Barnes osserva che vi è grande difficoltà nel determinare anche col microscopio quali siano i casi iniziali.

Dott. Bantock si schiera con quelli che ritengono che l'operazione abbia un grande avvenire. La grande difficoltà è d'incontrare i casi abbastanza per tempo. La questione dell'età ha importanza nei casi nei quali il risultato immediato dell'operazione può essere un successo. Siamo più soggetti ad avere recidive nei soggetti giovani che in quelli più avanzati in età. Così in una donna maritata, di 23 anni, alla quale egli esportò l'utero meno di un anno fa, la malattia era già ritornata in 6 mesi. All'opposto una paziente di 60 anni alla quale era già stata amputata la cervice col cauterio prima dell'operazione radicale, trovasi perfettamente bene dopo 18 mesi. Il cancro del corpo dell'utero presenta casi favorevoli per l'operazione, ma sono molto rari in confronto di quelli della cervice. Disapprova il retrovergere l'utero, ritenendo come il miglior metodo quello di porre le legature ai lati tagliando fra esse e l'utero, e che sia meglio chiudere l'addome suturando il solo peritoneo evitando la mucosa. Non ritiene che si tratti di operazione semplice perchè se alcuni casi sono al certo molto facili, la maggior parte secondo la sua esperienza sono veramente difficili.

Dott. Drummomd come patologo è del parere del dott. Barnes quanto alla difficoltà di porre una diagnosi sicura di cancro nei suoi primi stadi.

Dott. Heywood Smith crede si possa fare qualche cosa anche nei casi avanzati. Cita un caso in cui fece il raschiamento ed esportò dei nodi di tumore, ma il male era così avanzato che il fondo si perforò ed un'ansa d'intestino si presentò attraverso l'apertura. Tamponò utero e vagina con garza all'iodoformio e dopo 48 ore la trovò chiusa. La paziente ebbe grande vantaggio per l'operazione.

Dott. Grigg. J. Simpson pose come norma che se la vescica viene aperta tra-

sversalmente non è necessario di suturare la ferita che si chiude da sè. Se viene aperta secondo il suo asse più lungo ne risulterà una fistola sia che venga o non venga suturata la ferita.

Schroeder prima di operare un'isterectomia vaginale cloroformizza la paziente ed esamina le glandole attorno all'utero: se aumentate di volume l'operazione non è indicata. Piazza.

NOTIZIE

XI Congresso Medico Internazionale. Roma, 1893. — Le notizie che c'inviano gli scienziati nostri recatisi all'estero nell'attuale ricorrenza dei varii Congressi attinenti alla medicina, confortano i pronostici che tutto il lavoro preparatorio per la grande riunione internazionale dell'anno prossimo ci dava già diritto di formulare quando ultimamente ci occupammo del Congresso.

Sono parole di caldo entusiasmo, sono promesse di largo concorso quelle colle quali i medici stranieri senza differenza di nazione rispondono agli scienziati italiani che li invitano al Congresso Medico da riunirsi in Roma nell'anno venturo. E che non sieno sole frasi ispirate dalla cortesia e dal lirismo che invade gli animi in fine dei banchetti, lo dimostrano le adesioni che quotidianamente pervengono da parte delle società scientifiche e delle più grandi personalità della medicina straniera. La Spagna, il Portogallo, l'Inghilterra, la Germania, l'Austria, il Lussemburgo, la Danimarca, gli Stati Uniti d'America, la Repubblica Argentina hanno già tutte accettato di formare rispettivamente un Comitato Nazionale che sul posto aiuti l'azione del Comitato organizzatore italiano, indirizzata ad ottenere in ogni stato il numero maggiore possibile di aderenti; le persone più illustri che ciascuna nazione vanta nel ceto medico si sono messe a capo di questi Comitati.

In vista del grande concorso di stranieri che avverrà in Italia per il Congresso, sono state iniziate le opportune pratiche colle direzioni delle reti ferroviarie italiane per ottenere speciali combinazioni di viaggio a prezzi ridotti che permettano ai congressisti di recarsi a visitare le ricchezze storiche e scientifiche sparse per ogni lembo della nostra penisola. Nel tempo stesso, sono state officiate le Amministrazioni delle più importanti ferrovie europee perchè accordino condizioni speciali di favore ai medici stranieri che si recheranno in Italia. Ci consta inoltre che la compagnia di navigazione del Lloyd austriaco ha già proposto spontaneamente un ribasso dal 20 al 30 0[0 sopra le sue tariffe di trasporto.

Non è poi improbabile che la casa mondiale dei viaggi T. Cook di Londra combini speciali gite di piacere dalle varie capitali europee a Roma, riannodando poi di qui i percorsi con quelli che le ferrovie italiane avranno stabiliti su vastissima scala.

Il Congresso Medico del 1893, come si vede, assumerà insomma le vere proporzioni di un grande avvenimento mondiale: ai medici in ispecie, ed a tutti gli italiani in genere incombe l'obbligo di mostrarsi degni del nuovo onore che tutte le nazioni nelle persone dei loro scienziati, tributeranno alla patria nostra.

NECROLOGIO

LUDWIG WINCKEL.

Nato il 18 novembre 1809 a Berleburg in Westfalia, dedicò si può dire tutta la sua vita professionale alla ostetricia ed alla ginecologia, poichè la sua dissertazione di laurea portava appunto il titolo: « De natura dolorum partus. » Abile, buono e modesto, percorse una luminosa carriera di medico pratico e specialista ostetrico, e ad esso rese in vita e rende ora omaggio dopo morte la dotta Germania, dove il sapere è scopo a sè stesso, mentre in Italia boriose mediocrità, salite alla cattedra con poco sapere e molti intrighi, continuano a dimostrarsi parchi dispensatori di quello, maestri in questi e si credono depositarii unici e sacri della scienza per il loro paese.

A Winckel, al modesto pratico e specialista accorsero Gusserow, Breisky, Greenhalgh ed altri, attratti dalla sua fama di operatore. Egli fu medico per circa 25 anni in Gummersbach, dove compendiò la sua esperienza sul taglio cesareo, acquistata in 15 casi, in un lavoro pubblicato nel 1860 nel *Monatschrift f. Geburtshülfe.* Da Gummersbach passò a Mühlheim a[R., dovè continuò a pubblicare le sue osservazioni ostetriche fatte in pratica privata, specialmente sul parto prematuro e sulla craniotomia. Ad indicare la sua energia basti l'aggiungere come nel 1889 esponesse un caso di taglio cesareo con esito felice, operato nel suo ottantesimo anno di vita. La sua esistenza laboriosa si spegneva per un tumore maligno del femore.

Dott. EMILIO FASOLA.

Animo mite e gentile, intelligenza operosa, aveva saputo cattivarsi le simpatie di quanti lo avevano avvicinato. Libero docente di ostetricia e ginecologia all'Istituto Superiore di Firenze, aiuto del prof. Chiara, che speriamo veder presto restituito a quella cattedra di cui fu lustro e decoro, minato da lenta ed inesorabile malattia, dovette rinunciare al grave e delicato incarico che la Facoltà fiorentina gli aveva dato, con unanime fiducia, di sostituire il suo maestro durante la sua malattia. Lascia molti lavori, di cui la maggior parte vide la luce in questi stessi *Annali*, di cui fu redattore per lunga serie di anni. A lui cortese, laborioso, intelligente, onesto, un tributo sincero di compianto dell'attuale direzione.

Prof. Luigi Mangiagalli, *Direttore responsabile.*

Milano — Tip. L. F. Cogliati, Via Pantano, 26.

Anno XIV. Novembre 1892. Num. 11.

ANNALI
DI
OSTETRICIA E GINECOLOGIA

Dott. F. LA TORRE

Professore paregg. in Ostetricia,
Membro della Società Ostetrico-Ginecologica di Parigi, della Società francese d'Igiene,
della R. Accademia Medica e della Società Lancisiana di Roma, ecc.

Basiotripsia per stenosi pelvica

ed una nuova manovra.

Osservazione.

IIpara rachitica con bacino ristretto, C. V. 8 cent. — Gravidanza a termine, feto enorme — Tre giorni di travaglio — Parecchie applicazioni di forcipe senza risultato — Basiotripsia — Guarigione della madre.

La sera del 5 novembre 1890, il dott. Baldacelli mi chiama per operare B. C., che abita in Via Principe Umberto, 205, Int. 9, la quale si trova da tre giorni in travaglio di parto.

Vedo la malata per la prima volta ed ecco quanto apprendo dei suoi antecedenti.

È IIpara, di 24 anni, donna di casa, nativa dalla riviera d'Ancona e proveniente da parenti sani. Nata bene sviluppata, è stata data a nutrice in campagna, ove dopo qualche tempo, cominciò ad ammalarsi. Crebbe perciò debole tanto che non potè stare ritta per lungo tempo; cominciò a camminare solo verso il terzo anno. Oltre a questo non ricorda d'essere stata gravemente malata. Vide per la prima volta i catameni a 12 anni ed è stata in seguito sempre bene regolata.

A 21 anno si maritò con un uomo di forme erculee; grosso, robusto, dalle spalle larghe e dalla testa voluminosa; restò subito incinta. La

gravidanza giunse, tenendo un decorso abbastanza regolare, fino al termine fisiologico e si espletò, dopo due giorni di travaglio, mercè un'applicazione di forcipe, coll'estrazione d'un feto assai bene sviluppato. Il puerperio fu fisiologico.

Quattro mesi dopo e mentre allattava senza flusso mestruo, ridivenne incinta. Non sa stabilire perciò la data approssimativa della gravidanza, ma fa il calcolo doversi sgravare nella seconda metà di novembre. Il decorso della gestazione si scostò poco dal normale; si ebbero pochi vomiti solamente.

La mattina del 2 novembre s'inizia il travaglio. Chiamata nella serata una sedicente levatrice, trova che la dilatazione comincia a farsi, rompe le membrane ed amministra quattro pacchetti di segala cornuta per sollecitare l'espulsione del feto. Le contrazioni divengono perciò energiche, le acque scolano quasi per intiero e l'utero tetanizzato s'accolla sul feto. Nei giorni 3 e 4 le cose non mutano, nel senso che l'uscita del feto non si verifica, ma non così per lo stato della madre la quale, spossata molto, comincia ad aggravarsi. Nella giornata del 5 il dottor Baldacelli, vista la situazione grave, fa qualche applicazione di forcipe senza risultato.

Nella serata sono chiamato io. Trovo cessazione completa delle contrazioni uterine, spossamento profondo, agitazione viva, dolore intenso in un fianco ove fa prominenza una piccola parte fetale. L'esame ostetrico fatto in fretta mi dimostra un soggetto piccolo, cranio e faccia caratteristicamente improntate alle note cliniche del rachitismo, arti toracici piccoli; gli addominali incurvati sulle tibie. Gli organi genitali esterni sono enormemente edemizzati e cola dalla vulva un liquido nerastro puzzolente. Colla palpazione trovasi l'utero alquanto cedevole e si acquista la convinzione dell'esistenza d'un grosso feto in presentazione cefalica O. I. D. T., testa non discesa nello scavo. Nessun segno di vitalità per mezzo dell'ascoltazione. Col riscontro vaginale si arriva facilmente sulla parte fetale — testa — la quale pare impegnata, ma realmente non lo è, essendovi un grosso tumore di parto che occupa lo scavo, mentre la grande circonferenza della testa fetale è

ancora al di sopra dello stretto superiore, il cui diametro antero-posteriore ristretto misura 8 cent. nella C. V.

Lo stato grave della malata impone un intervento pronto e tale da liberarla al più presto onde evitare qualche rottura dell'utero, come lo fa dubitare il dolore vivo nel fianco.

Applico perciò anzitutto il forcipe Tarnier e non posso per due volte far discendere la testa, per cui stimo prudente agire direttamente sopra di essa ed applico il bosiotribe Tarnier; ma l'utero si è dopo le manovre col forcipe fortemente contratto. Le difficoltà incontrate perciò nell'applicazione dello strumento non sono state poche, e posso dire d'essere riuscito a bene applicarlo grazie ad una piccola manovra impiegata e di cui nessuno mi pare ne abbia finora tenuto parola.

Introdotta la branca mediana nella cavità cranica e ben conficcata nelle ossa della base, procedo, come è prescritto, all'introduzione della piccola branca, ma non mi è dato riuscire ad applicarla, perchè la testa è fortemente tenuta contro il bordo dello stretto super. Per non ledere allora i tessuti materni, forzando la mano, mi servo, e credo d'essere io il primo, di questa piccola manovra, faccio subire cioè alla testa fetale, per mezzo della branca conficcata nella sua base, un movimento di rotazione in maniera da mettere il grande diametro antero-posteriore della testa, che è trasversale all'apertura dello stretto, colla antero-posteriore dello stretto stesso.

Trovo appena opportuno notare che la testa trovasi nel gran bacino, e quindi, eccetto la compressione delle pareti uterine, non trova ostacolo per girare. Grazie a questo mutamento di posizione ho avuto spazio per potere introdurre la piccola branca, applicarla sopra un lato della testa e praticare il primo schiacciamento; l'applicazione della terza branca è stata allora facile ed ho potuto in seguito compiere benissimo l'operazione applicando lo strumento quasi perfettamente nel diametro trasverso della testa, come vedesi dalle qui unite figure, ciò che mi ha immensamente facilitato il vero schiacciamento e l'estrazione d'un feto eccessivamente sviluppato, pesando senza basiotribe e materia cerebrale, 4975

grammi e misurando 56 centim. di lunghezza. La placenta uscì spontaneamente, 22 minuti dopo e pesava 750 grammi. Il puerperio fu normale; però la donna rimase 6 settimane a letto causa l'estrema debolezza e vivissimi dolori sviluppatisi in 12.ª giornata nell'articolazione coxo-femorale destra e che svanirono quasi per incanto in seguito a frizioni di unguento napolitano e belladonna; del resto non vi fu mai febbre.

Verso la metà del mese di giugno ultimo scorso questa donna viene al mio Istituto per fare visitare il suo primo figlio, di 18 mesi, che è estremamente scrofoloso e lievemente idrocefalico e la trovo incinta di 3 mesi circa. La impegno di venire a trovarmi verso l'8.º mese di gravidanza per vedere se fosse il caso di farla sgravare prematuramente. Ma non la rividi altro ed ignoro che cosa sia divenuta.

* * *

Questa osservazione comune a tante altre comprova, benchè si tratti di una stenosi pelvica relativamente poco pronunziata, l'ottimo successo del basiotribe Tarnier. È la terza volta, in questi due ultimi anni, che ho l'occasione di applicarlo: nelle due precedenti, una volta per grave stenosi pelvica C. V. 5 1[2, con feto morto, e l'altro, per testa incuneata nello scavo in occipito destro posteriore con feto vivo. Non avendo potuto far compiere la rotazione alla testa, non ostante due applicazioni di forcipe, nè in avanti nè indietro, ho dovuto ridurne i diametri. In tutti e tre i casi il successo è stato splendido ed il puerperio fisiologico.

Ciò mi conferma, benchè si tratti d'un piccolissimo numero, sempre più nell'opinione, in parecchie circostanze espressa, che non bisogna prestar cieca fede ai risultati ottenuti mercè esperimenti eseguiti sui manechini. Essi hanno certamente un immenso valore come linee generali su cui si fonda il concetto operativo, ma sempre meno dei fatti ottenuti in clinica. Cosicchè ritengo che alcune delle accuse mosse al basiotribe Tarnier, non meritano grande importanza, sia perchè sono state fatte su concetti fondati sopra esperienze d'anfiteatro, sia perchè concepite su vedute teoriche, e che malgrado le modificazioni, perfezionandolo, ne convengo, apportate dal Truzzi e dal Bar, il basiotribe Tarnier resta sempre, anche nella sua concezione originale e fabbricazione primitiva, un eccellente ed utilissimo istrumento.

* * *

Un altro punto a notare in questa osservazione mi pare sia quello della piccola manovra con cui ho impresso alla testa un movimento di rotazione, di maniera a mutarne la posizione mettendola in un altro senso a quello primitivo. Questa modificazione artificiale nei rapporti della testa con quelli dello stretto superiore, non solo mi ha permesso di poter penetrare coll'istrumento nella cavità uterina, ma mi ha pure facilitato a prendere la testa pel diametro trasverso, biparietale, e più facilmente schiacciarla; mentre la bisogna sarebbe andata più per le lunghe prendendola dall'occipite alla fronte, senz' esser sicuri che non si sarebbero formate schegge ossee e ledere, estraendo la testa, i tessuti materni.

Non credo che sia il caso d'insistere su questo punto oltre il bisogno, ma ritengo utile segnalarlo all'attenzione dei pratici, onde potersi servire all' occorrenza di questa piccola manovra, piuttosto che forzare per penetrare nella cavità uterina, le cui conseguenze potrebbero riuscire dannose alla donna.

* * *

Faccio, in ultimo, osservare l'enorme volume del feto in una donna rachitica, non in armonia colla capacità pelvica e dovuto certo all' influenza del padre di erculea costituzione, a spalle larghe ed a testa voluminosa, come dimostrai nei miei lavori sullo sviluppo fetale nei bacini ristretti (1) e sull' influenza del padre (2).

---

(1) La Torre. « Du dévelop. du fœtus chez les femmes à bassin vicié, etc. » Doin, Paris, 1887.

(2) Idem. « Des conditions qui favorisent ou entravent le développement du fœtus. Influence du père. » Doin, Paris, 1888.

R. SCUOLA PAREGGIATA DI OSTETRICIA IN MILANO
diretta dal Senatore Prof. E. Porro.

SULL' ECLAMPSIA PUERPERALE

PEL
Dott. F. VILLA
Assistente.

(Continuazione, vedi pagina 716).

Se queste considerazioni derivanti da vedute assai diffuse e ben accette, permettono di ammettere l'indipendenza assoluta fra eclampsia e disturbi uropoietici e di spiegarla, e di rifiutare quale costante la preesistenza di lesione renale all' accesso cui segue albuminuria, tali punti sono pure spiegabili colle recenti idee sulla natura infettiva del male eclampsico.

Le riassumo brevemente a comprova di questa asserzione. Accennata indirettamente da Doleris e da Pouey (1) per l'albuminuria gravidica, la questione dell'indole infettiva, parassitaria dell'eclampsia venne presentata da Delore nel 1884.

Doleris cercò la causa di certe forme d'albuminuria delle gravide nella presenza di microbi, i quali in circolazione momentanea nel sangue avrebbero trovato nello stato dei reni, un' occasione favorevole al loro sviluppo e ritornando su questo argomento dichiarò che in tutte le circostanze in cui si era trattato di albuminuriche eclampsiche, l'orina conteneva dei micro-organismi resi evidenti colle culture (2). Delore si sor-

(1) Société de Biologie, 21 luglio 1883.

(2) Doleris. Société de Biologie, 18 luglio 1885. — Nell'anno 1886 Doleris e Butte comunicarono: « Recherches cliniques et expérimentales sur l'éclampsie. » — « Découverte d'une substance cristalline toxique dans les sang des éclamptiques. » Société de Biologie, 20 gennaio.

resse su argomenti clinici (1), ma non riuscì nelle sue ricerche, e solo più tardi il Blanc (2) si occupò ripetutamente di tali studii e segnalato il fatto che colle orine di eclampsiche ottenne culture di un bacillo di cui l'azione patogena si rilevò negli effetti di convulsioni generali, di tumefazione infiammatoria intensa a livello dei punti inoculati, di accidenti diversi d'ordine infezioso e di forme renali di gravità varia e con albuminuria, in comunicazioni successive combattè le idee di Bouchard e pubblicò ricerche batteriologiche confermanti i risultati avuti. I quali furono pure conseguiti da Scarlini (3), che seguendo le istruzioni del Blanc ottenne, esperimentando col siero del sangue delle eclampsiche e col brodo di cultura del microorganismo, forme convulsive assai simili fra loro e del carattere delle eclampsiche, e che accogliendo quindi la patogenesi infettiva del male, dubitò nel decidere se il bacillo sia per sè o per i suoi prodotti la causa delle convulsioni.

Contemporaneamente il Favre intraprendeva degli studii nello stesso senso, e segnalata la presenza di microbi patogeni non solo nelle orine e nel sangue ma anche negli infarti bianchi della placenta (4), recentemente pubblicava le sue ultime ricerche batteriologiche e sperimentali, dalle quali farebbe emergere innanzi tutto la natura infettiva della nefrite gravidica (5). La quale avrebbe per cause l'ostacolata funzione orinaria e l'infezione del sangue, e sarebbe prodotta o dagli elementi che producono l'infarto bianco della placenta oppure dai microorganismi contenuti nel sangue. La gravidanza per le due anzidette vie, ostacolo alla secre-

---

(1) Delore. « Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales. » Art. « Eclampsie, » vol. XXXII, première série.

(2) E. Blanc. « Action pathogène d'un microbe trouvé dans les urines éclamptiques. » *Arch. de Tocologie*, 1889. — « Contribution à l'étude de la pathogénie de l'albuminurie et de l'éclampsie chez la femme gravide. » *Arch. de Tocologie*, 1889, pag. 870. — « De la toxicité urinaire chez la femme enceinte et chez la femme récemment accouchée. » *Annales de gynécologie*, 1890. — « Pathogénie de l'éclampsie. » *Archiv. de Tocologie*, 1890, pag. 747. — « De la toxicité urinaire chez la femme enceinte. » *Annales de gynécologie*, juillet 1891.

(3) Scarlini. XIV Congresso dell'Associazione Medica Italiana in Siena, 15-20 agosto 1891.

(4) A. Favre. « Comunication provisoire relative à l'étiologie des néphrites gravidiques. » *Nouvel. Arch. d'obst. et de gynéc.*, 1890, pag. 534. — « Ueber Puerperaleklampsie. » *Archiv. f. pathol. Anat.*, Bd. 114, 1891.

(5) A. Favre. « Die Ursache der Eklampsie eine Ptomainämie mit, etc. » *Archiv. f. pathol. Anat.* Bd. 127, Heft. 1, 1892.

zione renale (1) ed infarto placentare, probabilmente derivante da endometrite, costituirebbe la causa predisponente della nefrite e dell'eclampsia, che devoluta all'azione chimica delle ptonomaine derivanti dai microbi, non sarebbe altro che una ptomanemia. Recente è la comunicazione di Combemale e Crué (2) risguardante quattro casi nei quali l'esame metodico del sangue ha dimostrato la presenza dello stafilococco aureo, e dello stafilococco albo, e quella di Prutz (3) che trovando nei capillari epatici dei bacilli confermerebbe come al Favre (4) riesca ammissibile che nel fegato delle eclampsiche possano aversi dei processi analoghi a quelli dei reni e causanti l'ittero eclampsico. Se l'Herrgot (5) che pur crede ad un'intossicazione del sistema nervoso prodotto dalle secrezioni del microbo patogeno, riuscì ad ottenere culture solo colle orine e non col sangue e coi visceri, il Gerdes (6) giunse a far cultura coi reni, i polmoni, il fegato ed il sangue aortico e ad ottenere colle inoculazioni, delle forme convulsive e lo sviluppo di un bacillo che è uguale a quello coltivato ed annidato tanto nel fegato che nei reni; onde conchiuse, che il bacillo dell'eclampsia è la sola causa di essa, e non si trova in altre malattie, che l'infezione proviene dall'utero e probabilmente da un'endometrite già preesistente alla gravidanza, che l'eclampsia è anatomicamente un'affezione ben definita e ben caratterizzata, e che le gravi alterazioni, che si trovano nei vari organi, sono verosimilmente dovute all'azione diretta od indiretta delle tossine del bacillo eclampsico.

Infine ricorderò che il concetto dell'infezione dalla via placentare trova appoggio in considerazioni cliniche che ultimamente R. Kaltenbach (7) addita, nel sopraggiungere degli accessi in momenti in cui le contrazioni ponno spremere fuori dal distretto placentare la sostanza deleteria,

---

(1) Kundrat (Società dei Medici di Vienna, 5 febbraio 1882), trattando delle alterazioni che si riscontrano nelle eclampsiche disse che vi è dilatazione degli ureteri ma che le pareti loro invece d'essere assottigliate sono spesse, ciò che dimostra come la ectasia esista da un certo tempo.

(2) Combemale et Crué. Société de Biologie, 19 mars 1892.

(3) Prutz. « Ueber das Anatomische Verhalten der Leber bei der puerperalen Eklampsie. » Inaug. Dissert. Könisberg, 1892.

(4) A. Favre. « Die Ursache der Eklampsie, etc. » Loco cit.

(5) Herrgot. Société obstétricale de France, 21-23 avril 1892.

(6) E. Gerdes. « Zur Aetiologie der Puerperaleklampsie. » *Centralblat. f. Gynäk.*, N. 20, 1892.

(7) R. Kaltenbach. « Zur Patogenese der puerperalen Eklampsie. » *Centralblatt f. Gynäk.*, N. 20, 1892.

nella frequenza della malattia nella gravidanza composta in confronto coi casi d'idramnios, nella rarità del ripetersi della malattia, nella favorevole influenza dello svuotamento dell'utero ed ancora nella frequenza delle malattie nervose successive, che trovano analogia nella psicosi e nelle nevrosi che seguono ad altre infezioni quali la difterite e la setticemia, ecc. (1).

Queste nuove idee e questi recenti risultati, alla fin fine forniscono dei criterii non molto diversi da quelli divisi attualmente, avvegnachè concordino nel sostenere il consueto stretto rapporto fra albuminuria ed eclampsia, comechè ambedue dipendenti da una stessa infezione, la quale risiedendo nel sangue e potendosi effettuare anche senza il concorso di alterazioni renali, permette pure di spiegare con un' unica patogenesi, cioè con un' infezione che risparmia i reni, le meno frequenti forme d' eclampsia senza albuminuria. All'eventuale tardiva eliminazione dei microbi per la via renale spetterebbe la genesi dell' albuminuria unicamente post accessionale.

Ma in base ai nuovi studii batterioscopici dovremo forse negare da qui innanzi tutto quanto è stato detto e trovato, sia per riguardo alle funzioni vegetative che per i fenomeni della sfera nervosa? Certamente non ponno rifiutarsi quegli acquisti che lentamente e con sì grandi stenti sono stati ottenuti, non debbono essere negati dei fatti, ma solo modificare l'interpretazione di alcuni fra essi, addattandola conseguentemente alla terapia.

Si voleva che un veleno qualsiasi fosse la causa della malattia, ed ecco che il veleno si vuole, ma secondariamente ad un' infezione speciale; si ammetteva un' origine uterina d' indole nervosa, ed ora si darebbe una spiegazione ben differente della natura e della sorgente del male, ma tuttavia si ammette come prima che nell' eclampsia l'eccitabilità nervosa generale e speciale sia aumentata, e non si esclude che il veleno possa agire nel senso di dare anche una vera eccitabilità eclampsica, come Herff la vorrebbe, e spiegherebbe quale risultato dell' alterato ricambio materiale.

---

(1) E. Gerdes. « Ueber den Eklampsiebacillus und seine Beziehungen zur Pathogenese der puerperalen Eklampsie. » *Deutsche Medicinische wochenschrift*, N. 26, 1892.

* * *

Provenga da una banda o dall'altra, l'intossicazione dal lato terapeutico deve essere considerata sotto lo stesso aspetto, da parecchi punti, tra cui quello della cura medica. Invece dal lato trattamento ostetrico abbiamo indicazioni molto meglio definite, e la condotta alla quale si informarono parecchi clinici ed i buoni risultati da loro ottenuti trovano appoggio e spiegazione, e la conclusione di Litzmann sulla benefica influenza dello svuotamento dell'utero riceve una nuova conferma.

Anche in oggi la condotta operativa è assai diversamente consigliata, e così mentre da talune scuole si sostiene condannabile ogni manovra sull'utero, e non si accetta l'intervento che quando tutto si riduce ad una facile applicazione di forcipe, o ad una estrazione del pari semplicissima, da altri si ammette l'utilità di un intervento ben più energico. Questa seconda schiera si divide alla sua volta in parecchi gruppi, che rappresentano le gradazioni dello stesso concetto utilità di coadiuvare le forze della natura o di suscitarle od anche di sostituirsi ad essa (1), e però non deve comprendere i pochi fautori dell'immediato parto artificiale a mezzo dell'operazione cesarea praticata già in parecchi casi (2).

Non ripeterò qui le ragioni che si possono accampare a quelle che si ponno opporre nella tesi cura ostetrica dell'eclampsia, ma accennando solo al punto provocazione del parto, riferirò i risultati ottenuti ed il metodo seguito nella scuola cui mi onoro d'appartenere.

Se talune volte gli accessi scompaiono e la gravidanza continua felicemente, tali fatti sono per altro oltremodo rari e poichè l'eclampsia

---

(1) Della questione del parto forzato non mi occuperò, giacchè la scuola lo accetta in genere entro quei limiti che non presentano pericoli inerenti a lesioni materne.

(2) HALBERTSMA. « Operative Behandlung bei Eklampsie Verhandlungen X internat. Kongr. » Beilage zum *Centralbl. f. Gynäk.*, 1890, p. 84. — STAUDE. « Einige Bemerkungen zur Tecknik und Indikation des Kaiserschnittes. » *Deutsch. med. Wochenschrift*, N. 41, 1889. — W. SEEGER. « Ueber Symptomatologie und Therapie der Eclampsia gravidarum, parturientium et puerperarum. » Berlin, 1890. — SWIECICKI. « Sectio Caesarea bei Eklampsie » e « Kaiserschnitt wegen Eklampsie am Schwangerschaftsende. » *Frommel's Jahresberichts*, 1891. — LEOPOLD in O. GOLBERG. « Beitrag zur Eklampsie auf Grund von 81 Fällen. » *Archiv. f. Gynäk.*, Bd. XLII, H. I. — DUERHRSSEN. « Ueber die Behandlung der Ekampsie ante et intrapartum. » *Centralbl. f. Gynäk.*, N. 7, 1892.

si presenta più frequentemente quando la gestazione è sul finire, così un buon numero di volte non si potrebbero sollevare importanti obbiezioni. Ma se Braun calcola che per 1[4 dei casi le convulsioni sopraggiungono nel corso della gravidanza, Stumpf (1) su 27 casi vide l'eclampsia precedere 20 volte il travaglio, Kopetsch osservò che in 20 casi su 40 il parto fu a termine (2), ed Olshausen (3) trovò che nelle sue osservazioni il parto prematuro avvenne nel 30 0[0 al 40 0[0 e che solo cinque volte la gestazione proseguì. Questa eventualità appare quindi rara, ma non per ciò essa è più favorevole al prodotto del concepimento, perchè dice Olshausen che quando occorse « generalmente le donne si sgravarono di un feto morto senza però che nuovi accessi sopraggiungessero durante il travaglio, » mentre poi non mancano casi simili a quelli di Leudet che vide cessare l'eclampsia e l'albuminuria e ripresentarsi di nuovo le convulsioni due mesi dopo.

Del resto poichè in oggi nel solo persistere dell' albuminuria troviamo l'indicazione di provocare il parto, a maggiore ragione ad essa ricorreremo alle prime manifestazioni del male eclampsico, considerando che le ultime statistiche di Lantos (4), di Löhlein (5), di Olshausen, di Feustell (6) e di Paupertow (7) mostrano come gli attacchi cessassero dopo il parto rispettivamente nel 69 0[0, nel 80 0[0, nel 85 0[0, nel 46 0[0 e nel 66 0[0 delle osservazioni, e che secondo il Lantos stesso le pazienti che partorirono dopo 4 accessi (media) guarirono, e quelle in cui il parto si verificò dopo 16 accessi (media) morirono. Ciò prova come il temporeggiare sia da rifiutarsi, e questo ci confermerebbero i risultati ottenuti da Dührssen colle sue incisioni profonde, e quelli che l'operazione cesarea diede nei casi riferiti dal Dührssen stesso, poichè in essi

---

(1) STUMPF. « Beiträge zur Symptomatologie und Behandlung der puerperalen Eklampsie. » *Centralb. f. Gynäk.*, N. 18, 1888.

(2) KOPETSCH. « 40 Falle von Eklampsia puerperalis aus der Könisberger gynäkologischen Klinik. » Inaug. Diss., 1891.

(3) Loco citato.

(4) Loco citato.

(5) H. LÖHLEIN. « Versammlung der deutschen Gesellschaft für Gynäkologie zu Bonn. » *Centralb. f. Gynäk.*, N. 23, 1891.

(6) FEUSTELL. « Beiträge zur Pathologie der puerp. Eklampsie. » Inaug. Diss., 1889, *Jahresbericht von Frömmel*, pag. 170.

(7) PAUPERTOW. « Eklampsie der Gebärenden und Wöchnerinnen » in *Frommels Jahresbericht*, 1892.

10 volte su 11 all'intervento operatorio non tenne più dietro alcun accesso (1).

Da Jaccoud (2) si volle stabilire una differenza nel trattamento a seconda delle forme d'eclampsia, avvegnachè in quella tossica il pericolo risiedesse in prima linea nell'avvelenamento del sangue, ed in seconda linea nelle convulsioni e dal Pinzani (3) tale distinzione venne più tardi ripetuta e sostenuta assieme all'opinione che nella forma senza albuminuria o riflessa tutto il pericolo sta nelle convulsioni, ma tali idee oggi non sono più applicabili. Infatti anche nei casi ordinarii d'eclampsia con albuminuria « l'influenza del numero degli accessi è considerevole ed incontestata » (Delore) e sebbene esistano eccezioni alla regola, tanto che si videro guarire donne che ebbero persino 100 attacchi, tuttavia la statistica di Charpentier è oltremodo parlante:

Casi	Numeri accessi	Mortalità	Mortalità %
45	1-10	11	25
31	10-20	10	33
24	20-50	12	50

Ed ai dati di Lantos già riferiti aggiungo che Winkel dice di non aver mai osservato la guarigione dopo 18 accessi e che Olshausen ricorda come di 36 donne che ebbero più di 15 accessi, 20 ne morirono.

Il concetto di Jaccoud non può reggere in oggi di fronte alle ultime idee sulle patogeni del male, ma anche astraendo da quelle, perchè non essendo le convulsioni differenti nei due casi, ed il numero o l'intensità degli accessi non costituendo la caratteristica di una delle forme, perchè mai il pronostico è di solo poco più favorevole là ove si credette non esservi l'intossicazione? (4) e passato il periodo delle convulsioni e compiuto il parto, forsechè il pericolo immediato ed imminente sta nella lesione renale o nel delirio e nella manìa, o nella polmonite o negli ac-

---

(1) Duehrssen, loco citato.

(2) Jaccoud. « Leçons de clinique médicale, » 1873, pag. 743.

(3) E. Pinzani. « Sulla patogenesi dell'eclampsia puerperale. » *Rivista Clinica*, 1886, pag. 421.

(4) Le statistiche di Brümmerstaed, di Schroeder e di Ingerslew assegnarono all'eclampsia senza albuminuria una mortalità punto inferiore a quella che in quei tempi si aveva per la forma classica della malattia.

cidenti settici, comuni tutte queste conseguenze tanto all'una che all'altra varietà d'eclampsia? E però considerando che come l'assenza di taluna localizzazione rende più favorevole il pronostico di una malattia, ed il suo trattamento non diversifica sostanzialmente nei singoli casi per quanto diversa sia l'importanza di alcuni sintomi, così parmi che, dal lato pratico semplifichi d'assai tagliando corto a molte questioni d'indole teorica, quel modo di considerare la possibilità di avere *una forma classica* o completa, e delle *forme fruste* più facilmente transitorie e meno facili provocatrici dell'interruzione della gravidanza, e quindi sino ad un certo punto permittenti un trattamento aspettante.

* * *

Se nell'ultimo decennio la prognosi dell'eclampsia è di molto migliorata, il merito va in parte attribuito alle pratiche antisettiche, ma anche al diverso trattamento del male nei suoi periodi prodromici, iniziali, spetta una parte rilevante dei risultati. Dalle vecchie statistiche di Lachapelle, Devilliers, Pajot, ecc., con una mortalità del 45 0[0 al 50 0[0, si scese a cifre ben minori, ed in oggi non debbon neppure essere prese quale termine di confronto quelle fornite da:

Hofmeier	39.4 0[0
Schauta	36.5 »
C. Braun	31.0 »
Auvard	33.0 »

giacchè da molte parti ci vengono indicati successi maggiori. È con questi ch'intendo appunto di confrontare una statistica che raccolsi e che presento come la prima statistica italiana, e però riporto brevemente alcuni dati ed alcune cifre recenti.

Il Lantos più sopra citato, si riferisce ad una serie di casi occorsi in parte in periodi di tempo ormai lontano (1862-1887), e però ricordo solo come per 53 osservazioni abbia trovato la mortalità del 28.3 0[0, mentre nel quinquennio 1882-1887 nella clinica berlinese occorsero 80 casi con 17 morti (1).

---

(1) Feustell, loco citato.

La mortalità fu del 21.25 per cento, ma poichè gli accessi si presentarono:

3 volte prima del parto
66 » durante il parto
11 » dopo il parto

e si deve calcolare che l'eclampsia *post partum* è raramente letale, così astraendo da queste ultime 11 osservazioni si arriva alla procentualità del 24 0[0 circa. Il Feustell ricorda come in 46 casi lo svuotamento dell'utero avesse avuto l'effetto della cessazione degli attacchi.

Se l'uso della morfina ad alte dosi, diede al Veit (1) ed al Winkel successi splendidissimi, tanto che per un momento si potè credere di non dover più perdere alcun eclampsica, i rovesci non tardarono a presentarsi e la mortalità del 7-10 0[0 (Winkel) ed anche del 4 0[0 (Veit) apparve segnalare un risultato assai maggiore del reale, dovuto in gran parte alla pura accidentalità. Avvenne per la morfina ciò che già era avvenuto pel cloroformio, e se in oggi essa occupa un posto elevato, tuttavia le indicazioni devono essere ristrette ai casi che sono trattati proprio nell'inizio, ed i suoi effetti non sono sempre portentosi, tanto che l'Halberstma (2) propose pei casi più gravi l'operazione cesarea che venne già molte volte ora praticata (3).

In Vienna, Herzfeld (4) e Braun (5) contemporaneamente e per lo stesso lasso di tempo (1. 4. 1888-1. 10. 1890) ebbero:

Herzfeld 17 casi.

Eclampsia antepartum	9 casi	— 4 morti
» intrapartum	6 »	— 2 »
» postpartum	2 »	

(1) Veit. « Puerperale Eklampsia. » *Sammlung Klin. Vorträge,* N. 304.

(2) Halberstma. « Eine neue Indication für die Sectio caesarea. » *Centralbl. f. Gynäk.,* N. 51, 1889, e loco citato.

(3) Vedi Loehlein, Duehrssen, ecc.

(4) Herzfeld. « Ueber das Wesen und die Therapie der Eklampsie. »

(5) G. Braun. « Geburshilflich-gynäkologische Gesellschaft in Wien. » Sitzung von 13 Januar 1891. *Centralbl. f. Gynäk.,* N. 28, 1891.

Braun 27 casi con 4 morti:

Eclampsia antepartum	5 casi	—	2 morti
» intrapartum	15 »	—	2 »
» postpartum	7 »		

mortalità 14. 81 0[0 sui 27 casi, e poichè gli ultimi casi furono seguiti da guarigione devesi invece tenere la procentualità del 20 0[0 calcolata sulle prime 20 osservazioni.

Trimble (1) su 50 eclampsiche calcolò:

Mortalità per eclampsia antepartum . . .	33 1[3 0[0
» » intrapartum . . .	18 1[2 »
» » postpartum . . .	15 — »

e Kopetsch (2) su 40 malate ne perdette otto:

Eclampsia antepartum . .	4	morte	1
» intrapartum . .	27		6
» postpartum . .	9		1

Ma oltre che simili piccole statistiche, citerò quelle più numerose e più recenti di Paupertow, Seeger (3), Löhlein, Olshausen e Goldberg (4).

Il primo raccolte 288 osservazioni nella Maternità di Mosca (1872-89), esprime la convinzione che l'espletare il parto garantisce la guarigione solo in pochi casi, mentre aumenta la procentualità dei puerperii infeziosi e la mortalità materna e fetale, e dà per la donna il 20. 83 0[0 di decessi (14. 58 0[0 durante o dopo il parto, 6. 25 0[0 per malattie puerperali), ma poichè osservò:

121 volte	cessazione degli	accessi	dopo il	parto
62 »	continuazione	»	»	»
105 »	insorgenza	»	»	»

(1) Trimble. « Puerperal Eclampsie. » *The American Journal of Obstetrics*, 1890.

(2) Kopetsch, loco citato.

(3) W. Seeger, loco citato.

(4) O. Golberg. « Beitrag zur Eklampsie auf Grund von 81 Fällen. » *Archiv. f. Gynäk.*, Bd. XLI, H. III, Bd. XLII, H. I.

e cioè che in più di 1[3 dei casi la malattia insorse *post partum,* così le cifre della mortalità come sono date non ponno avere che un valore relativo.

Seeger divide le sue 115 osservazioni in:

ante et intrapartum	62
inter et post partum	29
post partum	24

e riferisce in genere di un procento di 18.71 donne perdute, e Lohlein che presenta i dati raccolti nella maggior parte degli Istituti ostetrici tedeschi dal 1. 4. 1888 al 1. 10. 1890 e cioè un complesso di 325 casi, nota che si ebbero 77 morti, delle quali 63 dovute all'eclampsia e 14 a complicazioni, e che la mortalità generale del 20. 61 0[0 scese per otto cliniche nelle quali si seguono i precetti di Veit al minimo complessivo del 13. 80 0[0. Olshausen negli ultimi 5 anni osservò 200 casi colla mortalità del 25 0[0 e 40 donne morirono per l'eclampsia o sue immediate conseguenze, e 10 per altre cause, e Goldberg ultimo pubblica i risultati della clinica di Leopold nella quale per 71 eclampsiche vi furono per le madri la mortalità del 24. 7 0[0, e pei feti quella del 47 0[0.

Nella Maternità di Milano negli ultimi 8 anni (1) da che è diretta dal prof. Porro occorsero 54 casi di eclampsia che raccolsi in tre tabelle, — malattia iniziata in gravidanza, in travaglio, in puerperio, — che credo riusciranno assai più dimostrative di una lunga illustrazione.

Ne riassumo i dati avvertendo, che non avendo talora la prova del quando gli attacchi insorsero, classificai le osservazioni basandomi sull'anamnesi e sui criteri clinici che l'esame fatto all'ingresso nella Maternità ebbe a fornire, e che non mi occupo della mortalità fetale giacchè non saprei se debba calcolare sui nati vivi all'atto del parto o su quelli sopravissuti.

---

(1) Raccolti i casi occorsi dal 1 gennaio 1883 al giugno 1892.

Eclampsia insorta in gravidanza.

Casi 21 .	9.° mese . .	5 casi		morti 6, mortalità 28. 57 0[0.
	8.° » . .	10 »		
	7.° » . .	3 »		
	6.° » . .	3 »		

Eclampsia in travaglio.

Casi 23. .	9.° mese . .	16 casi	Eclampsia	nell'inizio del trav. 15
	8.° » . .	4 »		travaglio inoltrato . 4
	7.° » . .	3 »		dilatazione completa 2
				periodo espulsivo . 2

Morirono 2 pazienti. — Mortalità 8. 69 0[0.

Eclampsia in puerperio.

Casi 10 .	9.° mese . .	5 casi	mortalità 0.
	8.° » . .	4 »	
	7.° » . .	1 »	

La mortalità su 54 casi fu quindi del 14. 81 0[0, cifra d'assai inferiore a quella delle statistiche più recenti e migliori ed anche a quelle medie che da essa si potrebbero trarre, e pure escludendo dal computo i 10 casi d'eclampsia in puerperio pel motivo della scarsa o nessuna mortalità che dà il male in tale circostanze, pei 44 casi residuanti avremmo sempre col 18. 18 0[0 di donne perdute un successo che la massima parte deve invidiare. Aggiungendo le cifre ora indicate allo specchietto che Goldberg fece per rendere più evidenti i buoni risultati alla clinica cui appartiene, avremo:

Mortalità dell'eclampsia nei tre periodi.

		Eclampsia in gravid.	Eclampsia in travaglio	Eclampsia in puerperio
Löhlein	325 casi	30. 1 0[0 (31 : 103)	23. 97 0[0 (35 : 146)	14. 47 0[0 (11 : 76)
Schauta	309 »	50. 0 » (21 : 42)	36. 76 » (68 : 185)	25. 61 » (21 : 82)
Leopold	77 »	65. 0 » (13 : 20)	11. 36 » (5 : 44)	— » (0 : 13)
Lantos	53 »	20. 0 » (1 : 5)	30. 77 » (12 : 39)	22. 22 » (2 : 9)
Porro	54 »	28. 57 » (6 : 21)	8. 69 » (2 : 23)	— » (0 : 10)

e raccogliendo le procentuali come si trovano citate ripetutamente:

Lantos	(53 casi)	28.3	0[0	compresi i casi d'eclampsia in puerperio.
Feustell	(80 »)	21.25	»	
Herzfeld	(17 »)	35.29	»	
Trimble	(50 »)	22.66	»	
Kopetsch	(40 »)	20.00	»	
Paupertow	(288 »)	20.83	»	
Seeger	(115 »)	18.71	»	
Löhlein	(325 »)	19.38	»	
Olshausen	(200 »)	25.00	»	
Leopold	(81 »)	24.7	»	
Braun	(27 »)	14.81	»	ed esclusi i casi d'eclampsia in puerperio 20.00 0[0
Porro	(54 »)	14.81	»	» » » » 18.18 »

Il metodo di cura seguito nella clinica può essere riassunto nei suoi punti principali:

svuotamento dell'intestino, amministrazione di larghe dosi di cloralio, meno frequente l'uso della morfina e meno ancora quello del cloroformio, provocazione del parto ed accelerazione dell'ostio uterino mediante sbrigliamenti e divulsioni digito-strumentali ripetuti, ed estrazione del feto appena ottenute le condizioni permittenti d'averlo vivo, salvo il ricorrere all'embriotomia nei casi gravi ed a feto morto. In puerperio ancora narcotici e sedativi, spesso il bagno secco, ed in ogni momento antisepsi rigorosa.

Queste le linee generali della condotta che si accorda assai coi precetti dati da Spiegelberg nella recente edizione del suo trattato (1), tranne che essa è ancor più ardita e punto inceppata da quelle paurose titubanze che sono divise specialmente dagli autori francesi. Sulle particolarità del trattamento è impossibile lo scendere, perchè esse ben difficilmente potrebbero essere spiegate anche con molte parole, inquantochè è il criterio clinico che inspira nei singoli casi, e del resto sembrami riescano abbastanza comprensibili anche ad un esame rapido delle tavole unite.

Accennai all'influenza favorevolissima esercitata dalle idee listeriane sulla prognosi dell'eclampsia, ed ora ricorderò che in altri tempi la sepsi menò vera strage fra le eclampsiche. Kiwisch scrisse che su 100 morti, 33 sono dovute all'eclampsia per sè stessa e 67 alle complicazioni, Wieger

(1) Loco citato.

su 50 decessi ne attribuì 19 alle successioni morbose, Brümmerstädt per 135 casi ebbe 51 esiti infausti, dei quali 13 in conseguenza di forme morbose puerperali diverse, e Braun per 44 malate osservò 9 volte processi puerperali con 5 terminazioni fatali. Ma se ciò stà quale triste ricordo di tempi passati, anche negli ultimi anni la sepsi non lasciò di aumentare la gravità del male, e per non diffondermi troppo ripeterò che il Löhlein, nella statistica già citata, su 77 decessi ne assegna 13 alle complicazioni, che Olshausen su 50 ne ascrive 10 ad altre cause che le convulsioni, ed insiste nel rammentare i pericoli della setticemia puerperale, mettendoli in rapporto sia colle ripetute esplorazioni o manovre, sia con una speciale predisposizione paragonabile a quella dei soggetti colpiti da anemia acuta, e che il Golberg ha pure a registrare 4 esiti letali per infezione (1) e parecchie forme settiche che passarono a guarigione.

Invece nella clinica di Milano, tutte le morti furono dovute alla malattia in atto o sue immediate conseguenze, ma nessuna donna perì per infezione e la morbilità dei puerperi si ridusse a ben poca cosa. In 5 casi si ebbe una lieve endometrite con piressie mediche ed affatto passeggiere (2-3 giorni), in una puerpera l'infezione (endometrite) assunse una certa gravità, ma fu spenta in 5-6 giorni, ed in un' ultima donna insorse tardiva la flebite crurale bilaterale che passò a guarigione in 15 giorni. Eppure numerose pazienti furono accolte in condizioni gravi, dopo aver subìto esplorazioni e maneggi a domicilio, e però di questo lieto risultato il merito va senza dubbio attribuito alla stretta applicazione dell' antisepsi che rese affatto innocue le ripetute manovre e gli atti operativi compiuti.

Su questo punto le teorie parassitarie potrebbero gettare notevole luce, ma in oggi parmi che solo un lato della questione, l'importanza di un trattamento antisettico resti chiarito.

Se le ricerche di Doederlein, Winter, Gönner, Ott, Samschin, ecc., incontrarono opposizioni, onde l'opinione che « fino a prova contraria non si può accettare la teoria dell'autoinfezione » (2), altri fatti ed altre

---

(1) Loco citato. — Devesi però notare che in un caso — morte per peritonite consecutivamente a taglio cesareo — eravi già infezione in corso.

(2) I. Clivio. « Ricerche intorno ad alcuni casi di infezione puerperale. » *Rivista di Ostetricia e Ginecologia*, N. 1, 2 e 3, pag. 34.

esperienze vennero a sostenere di nuovo questa tesi. Chantemesse (1) emise l'opinione della possibile cultura nella cavità uterina di germi apportativi dal sangue, Steffeck pubblicò un secondo lavoro segnalando d'aver trovato dei bacterii patogeni nel canale genitale in quasi la metà delle donne sane anche non sottoposte ad esplorazione (2), ed il Brandt studiando l'endometrite fuori dello stato puerperale, su 25 casi ottenne 22 volte culture e 7 volte (quasi il 31 0[0) riscontrò nella cavità del corpo uterino degli elementi patogeni, ottenendo altresì coll' esperienza fisiopatologica la conferma dell'esistenza dei microbi patogeni nelle culture di laboratorio (3).

In base a siffatti risultati resta possibile il pensare che forse non si tratterebbe sempre di un'infezione partente da materiali esistenti nella vagina o nel collo uterino, che non si dovrebbe talora pensare alla più rara eventualità della discesa dalle trombe di materiali settici; ma che invece dell' esistenza di condizioni, locali ma accidentali, più propizie allo sviluppo dei germi si avrebbe in taluni casi a combattere un nemico che sviluppatosi primitivamente nell' utero trovò l' occasione di espandersi e di moltiplicarsi con tutta libertà.

Se invero gli infarti bianchi e la placenta contengono infinito numero di micrococchi dell'eclampsia, derivanti da un'endometrite preesistente, perchè mai altri patogeni non avranno trovato modo di annidarsi nel tessuto placentare? e la febbre eclampsica non troverebbe in queste nuove vedute una spiegazione ben semplice? Ed ora che la lotta fra i

---

(1) Chantemesse. « L'infection puerpérale. » Paris, 1890. Di questa modalità l'A. dà ragione coll'esperienza seguente: « Quando si inietta nell'orecchio di un coniglio una piccola quantità di streptococchi, l'animale guarisce spontaneamente, ma se si provoca una distorsione violenta si vede che di lì a qualche giorno, l'articolazione lesa si infiamma, e si riempie di pus e di streptococchi. Ciò perchè i microbi circolanti nel sangue trovarono in quel posto delle condizioni speciali per moltiplicarsi ed aumentare in virulenza. »

(2) Steffeck (Würzburg). « Bacteriologische Begrundung der Selbstinfection. » *Zeitschr. f. Geb. und Gyn.*, Bd. 20, Heft. 2.

Dalle sue ricerche sperimentali, per le quali instituì anche un'altra serie d'esperienze di controllo, Steffeck tirò le conclusioni seguenti:

a) dei microarganismi contenuti nel canal genitale della donna sana e non esaminata, lo stafilococco albo, lo stafilococco aureo e lo streptococco sono patogeni;

b) nella gravida l'autoinfezione è possibile.

(3) A. Brandt. « Zur bakteriologie der Cavitas corporis uteri bei den Endometriden. » *Centralbl. f. Gynak.*, N. 25, 1891.

partigiani della disinfezione interna e quelli del puro intervento asettico volge clinicamente (1) favorevole ai primi, il fatto, che nelle eclampsiche la disinfezione viene fatta meno accuratamente e con materiali di potere microbicido molto debole e quindi insufficiente (giacchè esclusi l'acido fenico ed il sublimato corrosivo si ricorre generalmente all'acido borico), deve pur far pensare che solo l' antisepsi rigorosa di tutto il canale vagino-uterino possa mettere al coperto da rovesci (2).

Parecchie fra le osservazioni raccolte meriterebbero d'essere prese isolatamente in considerazione, ma non volendo uscire dalle generalità, farò notare come non occorse alcuna gravidanza gemellare, nè fuvvi mai raccolta di liquido tale da meritare speciale menzione, e che la stenosi pelvica figura nei casi d' eclampsia in travaglio solo per una stenosi di 1.° grado e per una di 2.° grado, e trovasi nella terza serie indicata due volte ma con misure della C. V. superiore ai 90 mm., essendo il bacino solo leggermente appiattito.

La pluralità diede un contingente debole:

I serie	21 casi	—	una VIpara
II »	23 »	—	una IIpara, una Vpara, una VIIIpara
III »	10 »	—	una IIpara, uua IIIpara, una IVpara,

ed una sola di queste donne, la prima indicata, morì, e pel 39 0[0 l'eclampsia figurò come causa dell'insorgenza del travaglio, e nel 37 0[0 non si ebbero accessi in puerperio.

Ma quanto credo piuttosto degno di grande interesse è che nella prima tavola troviamo 4 casi $\left(\frac{\text{N. 62}}{1884}, \frac{\text{N. 197}}{1884}, \frac{\text{N. 439}}{1887}, \frac{\text{N. 201}}{1888}\right)$ in cui dichiaratosi il travaglio consecutivamente allo scoppio dell'eclampsia, *gli accessi cessarono ben tosto a dilatazione appena iniziata per non riapparire più oltre,* e nella seconda tabella esistono altre 5 osservazioni $\left(\frac{\text{N. 282}}{1884}, \frac{\text{N. 367}}{1884}, \frac{\text{N. 245}}{1885}, \frac{\text{N. 556}}{1890}, \frac{\text{N. 588}}{1891}\right)$ le quali depongono per *la cessazione definitiva degli accessi, incominciate o di ben poco progredite le modificazioni del collo*

---

(1) N. Charles. « Cause de la septicémie; hétéro-infection et auto-infection: discussion. » *Journal d'accouchement,* N. 1-2, 1892.

(2) In vista degli ottimi risultati ottenuti, dirò come la creolina venga da noi usata in modo esclusivo ed in emulsioni molto forti (anche 3 0[0, 4 0[0) per irrigazioni vaginali ed endouterine, senza che alcuna albuminurica od eclampsica abbia mai presentato sintomo che consigliasse di andar cauti nell'uso di tale antisettico e tanto meno che imponesse di abbandonarlo.

uterino, e d'altra parte riscontriamo che *in 6 di questi casi vennero attuati maneggi ripetuti per ottenere rapidamente un sufficiente grado di dilatazione e per estrarre il feto.*

Questi fatti parlano nettamente in un dato senso, e due altri casi di provocazione del parto per albuminaria $\left(\frac{292}{1891}\ \frac{453}{1891}\right)$ con accessi solo al dichiararsi del travaglio, confermano che le eccitazioni uterine portate a condizioni dell'orificio anche non molto modificate non ebbero alcuna influenza nel senso di richiamare altri accessi. In questo senso depone anche la circostanza che solo in 3 o 4 casi ebbi a trovare la coincidenza fra maneggi ed accessi a travaglio già progredito, onde sembrerebbe che da tutto questo si possa dedurre essere gli stimoli naturali o dell'arte capaci di dar luogo alla riflessione sui centri nervosi, precipuamente quando si producono a condizioni del collo normali od appena di poco cangiate.

A vero dire questa conclusione potrebbe essere sostituita da un' altra inspirata ad idee patogenetiche più generali, e cioè, ammesso un inquinamento qualsiasi dell' organismo, ben facile riuscirebbe lo spiegare i fatti indicati, con un esaurimento della vis convulsivante, od un consumo od un'eliminazione tale dei materiali tossici da non riuscire la quantità residua ad occasionare attacchi ulteriori, o solo a produrre a distanza per nuovo accumulo del veleno; e seguendo il Favre, il Gerdes ed il Kaltenbach, chiaro sarebbe il perchè della maggior frequenza dello scoppio del male in principio del travaglio e nella gravidanza stessa, negli ultimi tempi, sotto l'influenza delle contrazioni indolore. Ma d'altra parte devesi considerare che nell'eclampsia bisogna pur fare larga parte ai perturbamenti del sistema nervoso, che per essa si produce uno stato di eccitabilità squisita, che i riflessi sono più intensi o più avvertiti, e che il fatto dell'influenza sinistra delle eccitazioni periferiche anche lievi, è indiscutibile in una malattia già dimostrata parassitaria, nel tetano, in cui è escluso un meccanismo d'intossicazione quale si vorrebbe per l'eclampsia consistere nell'autoiniezione del veleno microbico. E pensandoci un pochino, parmi riesca facilmente comprensibile come la circostanza « prime modificazioni prodotte dalle contrazioni, » abbia a meritare considerazione notevolissima ed anzi affatto speciale, giacchè la trasformazione che avviene dalle condizioni normali alla scomparsa del collo e del canale cervicale, e talora anche ai primi periodi della di-

latazione, quando vi è un orificio grosso e spesso od un segmento inferiore poco preparato, è complessa e ben differente da quella successiva dei diversi gradi della semplice dilatazione dell'orifizio. Ed a ciò ritenere soccorre la ginecologia, ben essendo nota l'intensità dei fenomeni riflessi che vengono dati dalla stimolazione dell'orifizio uterino, ed anche del canal cervicale.

Quindi se nelle prime 9 osservazioni in questione è lecito il vedere un'autoeccitazione avente punto di partenza l'utero, e se gli altri casi concordano nell'attribuire speciale importanza a quel meccanismo che determinasi nell'utero al principio del travaglio, da tali considerazioni è permesso il tirare una deduzione che interessa la terapia, e giacchè esse starebbero ad indicare un pericolo, così all'ostetrico risulterebbe l'insegnamento *di aiutare il processo naturale delle contrazioni o di crearne i primi effetti onde al più presto cessi quello stato di cose, che da solo senza influenze estranee sembra godere in modo speciale il potere di far scattare gli accessi o di favorirne l'esplosione.* Si dovrebbe quindi estendere applicandolo a tutti i casi d'eclampsia insorta in gravidanza ed in principio di travaglio, questo concetto che il Pinzani espose indirettamente e limitatamente ad un caso d'eclampsia senza albuminuria, in cui, assegnando alle resistenze opposte del collo l'eziologia delle convulsioni, ricorse con vantaggio a manovre intese ad ottenere sollecita la dilatazione dell'orifizio. Alla quale pratica, e sempre per riguardo ai primi gradi della dilatazione cervico uterina, credo sia altresì riferibile l'assioma che i casi curati fin da principio in modo conveniente offrono una prognosi migliore, e se Veit ed Osthoff e Löhlein ed altri insistono con ragione sull'uso della morfina a dosi elevate, appunto al primo apparire degli attacchi, si può escludere che con tal metodo di cura non si venga ad eliminare od almeno ad attutire quell'azione riflessa di cui sarebbe questione, quando, nell'eclampsia, qualunque eziologia si abbracci, devesi, come già dissi, far larga parte alle turbe del sistema nervoso?

Il concetto terapeutico ora esposto, se è appoggiato all'interpretazione di soli 11 casi, trova però sostegno in altre osservazioni, nelle quali gli accessi troncatisi nel principio del travaglio si ripresentarono molte ore dopo il parto, giacchè allora sarebbero di bel nuovo esistite delle condizioni anatomiche e fisiologiche paragonabili fino ad un certo punto a quelle su cui intesi richiamare l'attenzione, e del resto la sua

attuazione facile e scevra di pericoli, non potrebbe che giovare, restando al postutto i vantaggi dell'azione dinamica.

***

Da tutti gli autori si insegna l'importanza di stabilire il diagnostico differenziale fra eclampsia e gli altri stati convulsivi, e poichè da quanto ora dissi risulterebbe ancor più grande il valore di un diagnostico esatto e pronto, voglio ricordare come che di ciò si trovino scarsi accenni, che anche l'eclampsia si presenta talora con forme incomplete o con particolarità eccezionali. Eccone alcuni esempi:

1885, N. 245. — Gli accessi furono tutti avvertiti dalla paziente, la quale chiamava al soccorso le persone che le stavano vicine, e passato l'accesso si mostrava dispiacentissima di quanto le era accaduto. Andava poi ripetendo di non aver mai sofferto di simili disturbi e chiedeva con insistenza se altri accessi sarebbero sopraggiunti.

Cominciavano movimenti disordinati di flessione e di estensione delle dita della mano e specialmente della destra, poi i movimenti si estendevano all'avambraccio, al braccio, e quindi scattava l'accesso formale.

1886, N. 319. — Circa 4 ore dopo il parto si presenta un attacco caratterizzato da soli moti convulsivi agli arti superiori ed alla faccia, che si rende spiccatamente cianotica.

1889, N. 347. — *Eclampsia senza albuminuria.* — Dopo il primo accesso si presentano ad intervalli delle contrazioni della faccia e degli arti superiori e vi è iperestesia cutanea. Ad un secondo e terzo attacco seguono pure le contrazioni irregolari, le quali meno intense si ripresentano frequenti in quarta giornata di puerperio. Cefalea più o meno grave per un mese.

1891, N. 495. — Nel primo accesso presenziato in clinica mancò il periodo tonico.

1891, N. 304 — Sempre avvertito l'avvicinarsi degli attacchi.

Già dissi che l'eclampsia senza albuminuria potrebbe essere interpretata come una forma frusta e qui appunto parmi che tal modo di vedere abbia una conferma, a vero dire indiretta, ma tuttavia da non dimenticarsi. Se il sopore od il coma fanno difetto, ciò non merita gran conto, ma se l'accesso è incompleto per mancanza di uno dei suoi

periodi, od è così svisato da non potere essere classificato per eclampsico se non per il fatto di seguire od esser seguito da attacchi conclamati, o se è accompagnato da circostanze proprie ad altre malattie convulsive, od infine se ad esso tengono dietro sintomi incoordinati di stimolazione motrice, perchè si vorrà attribuire alla sola albuminuria un valore di indispensabilità? Se l'albuminuria, o meglio se una malattia renale è sempre stata ritenuta una causa predisponente delle convulsioni, noi troviamo anche in casi in cui il noto sintomo non mancò, alcune predisposizioni che dovremmo ritenere d'indole puramente nervosa e però più proprie all'eclampsia così detta riflessa, all'eclampsia senza albuminuria. Ed infatti si è visto ripetersi la malattia persino in 12 gravidanze successive, esistono casi ben constatati dell'ereditarietà del male, ed è innegabile che le epilettiche portano un largo contributo, ed inoltre se l'eclampsia senza albuminuria gode di una prognosi meno grave, non è forse vero che le forme fruste hanno in genere questa prerogativa?

* * *

Volendo pertanto riassumere in brevi parole quelle conclusioni che più mi interessano, direi che:

1.° L'albuminuria non ha rapporto diretto, necessario colle manifestazioni eclampsiche, non essendo dipendente da esse ma bensì dalle cause della malattia.

2.° L'eclampsia senza albuminuria deve essere considerata come una forma frusta del male eclampsico.

3.° L'intervento operatorio franco ed energico non può che arrecare utili effetti.

4.° La predisposizione delle eclampsiche alle infezioni puerperali, merita grande considerazione, ma combattuta con rigorosa antisepsi può esser ridotta a poca importanza.

5.° Nella genesi degli attacchi spetta speciale riguardo alle modificazioni che si vanno producendo nel collo uterino o nell'orificio durante i primi periodi del travaglio, e però è in questi momenti specialmente che l'ostetrico deve sforzarsi di ottenere rapido cangiamento nella viabilità cervico-uterina.

Giugno 1892.

ECLAMPSIA

Anno	Numero di Registro	Numero delle gravidanze	Condizioni al momento dell'intervento	Qualità dell'intervento	Parto	Esito per la Ma
1883	N. 220	Ipara 8.° mese	Permeabilità cervicale.	Candeletta, isterostomatomia, divulsione digito strumentale.	Forcipe.	Guarigi
	» 340	Ipara 9.° mese	Collo in parte scomparso, permeabile.	Idem.	Idem.	»
1884	N. 62	Ipara 9.° mese	Canale cervicale, raccorciato, dilatato 3 centimetri.	Candeletta, divulsione digito strumentale, sbrigliamenti.	Forcipe nello scavo.	Guarigi
	» 109	Ipara 9.° mese	Collo pervio al dito.	Idem.	Idem.	»
	» 197	Ipara 8.° mese	Inizio di travaglio.	Candelletta, sbrigliamenti.	Forcipe al piano perineale.	»
	» 289	Ipara 8.° mese	Idem.	Candeletta, divulsioni e sbrigliamenti.	Forcipe nello scavo.	»
1886	N. 347	Ipara 7.° mese	Collo normale.	Candeletta, divulsione.	Naturale.	Morte
1887	N. 269	Ipara 7.° mese	Dilatazione di 1 cent.	Puntura del sacco amniotico.	Forcipe al piano perineale.	Guarigi
	» 439	8.° mese	Permeabilità cervicale.	Candeletta, puntura del sacco, divulsioni, sbrigliamenti.	Craniotomia e cranioclast., uncino acuto.	Morte 5 ore d il part

AVIDANZA.

Esito del Feto	Numeri accessi	Accessi in puerperio	Si ottenne il parto in ore	Osservazioni	
Morto travaglio	Due a casa sei in clinica	Tre	6 3[4	Accolta comatosa per 2 accessi avuti a domicilio.	—
sfittico rianimato	Quattro	Cinque	5 3[4	Nessun accesso durante i maneggi per ottenere le dilataz. permittente e 2 durante l'atto operativo compiuto nella narcosi.	—
Vivo	Numerosi a casa, nessuno in clinica	Nessuno	2 50'	Nessun accesso durante il periodo espulsivo nè consecutivamente alla dilatazione forzata.	—
»	Dieci	Sette	7	Nessun accesso immediatamente consecutivo ad atti operatori.	Manìa puerperale, guagione.
»	Cinque a casa, nessuno in clinica	Nessuno	5 1[2	Accolta comatosa non ebbe in clinica alcun accesso.	Coma persistente per 2 giorni.
»	Cinque a casa, sedici in clinica	Due	8 15'	Mai albuminuria.	—
re subito	Tre	—	—	Provocazione del parto dopo 3 accessi. Nessun accesso durante il travaglio che dura ben 3 giorni. Parto naturale dopo il quale epistassi, emorragia delle gengive e perdite sanguigne dai genitali e 4 ore da esso, morte consecutivamente ad attacco convulsivo limitato alla faccia ed agli arti superiori.	All'autopsia: edema cecerebrale endocardite mitrale ed aortica, pericardite, degenerazione del miocardio, fegato nocenoscata, nefrite parenchimatosa bilaterale prevalente a destra, ectasia degli ureteri.
Vivo	Cinque a casa, tre in clinica	Nessuno	8	Accessi nella prima metà del periodo dilatante.	—
Morto	Cinque a casa, nessuno in clinica	Nessuno	8	Cinque accessi a domicilio, nessuno in clinica. Intervento a dilatazione di 4-5 cent. pel continuo aggravarsi della donna accolta comatosa.	Autopsia: tubercolosi polmonare estesa degli apici, adiposi cardiaca ed epatica, nefrite parenchimatosa acuta. Manca il reperto della cavità cranica.

Anno	Numero di Registro	Numero delle gravidanze	Condizioni al momento dell'intervento	Qualità dell'intervento	Parto	Esito per la Madr
1888	N. 24	Ipara 8.° mese	Dilatazione 1 cent.	Puntura del sacco, divulsione digito-strumentale.	Forcipe nello scavo.	Morte 9 ore dopo il parto
	» 65	Ipara 8.° mese	Collo permeabile al dito.	Candeletta, idem.	Idem.	Guarigione
	» 201	Ipara 8.° mese	Dilatazione 2 cent.	Idem.	Idem.	»
	» 214	Ipara 9.° mese	Collo normale.	Idem.	Idem.	»
	» 360	Ipara 6.° mese	Idem.	Candeletta, puntura del sacco.	Estrazione.	»
1889	N. 224	Ipara 8.° mese	Dilatazione 3 cent.	Candeletta, puntura del sacco.	Naturale.	Morte
1890	N. 174	Ipara 6.° mese	Esordio travaglio.	Candeletta, puntura del sacco.	Forcipe nello scavo.	Guarigione
	» 346	Ipara 6.° mese	Collo normale.	Laminarie, candeletta, puntura del sacco.	—	—
1891	N. 147	Ipara 9.° mese	Dilatazione 1 cent.	Candeletta, puntura del sacco. Divulsione digito-strument., sbrigliamenti.	Craniotomia e cranioclastia.	Morte 5 ore dopo il parto
	» 485	Ipara 8.° mese	Scomparso il collo.	Puntura del sacco. Divulsione digito-strumentale, isterostomatomia.	Forcipe nello scavo.	Guarigione
	» 632	Ipara 7.° mese	Dilatazione 2 cent.	Puntura del sacco, dilatatore Tarnier.	Idem.	»
	» 301	IIpara 8.° mese	Collo da pluripara largamente beante.	Candeletta, puntura del sacco, dilatazione digito-strumentale, sbrigliamenti.	Idem.	Morte

Esito l Feto	Numero accessi	Accessi in puerperio	Si ottenne il parto in ore	Osservazioni	
Morto travaglio	A casa molti tre in clinica	Uno	3 1[2	Accolta comatosa e dispnoica ebbe accessi gravissimi per intensità e durata.	Autopsia incompleta. Adiposi cardiaca ed epatica, nefrite parenchimatosa acuta.
Vivo	Ventuno	Uno	4 3[4	—	—
Muore po un'ora	A casa molti nessuno in clinica	Nessuno	16	Nessun accesso in clinica durante o dopo i maneggi. Guarigione pronta.	—
sfittico rianimato	A casa molti nessuno in clinica	Tre accessi in prima giornata	4 25'	Nessun accesso in travaglio. Accolta in istato comatoso si risveglia al 3.° giorno.	—
Morto travaglio	Cinque	Otto in seconda giornata	12	—	—
Vivo	Cinque	Uno dopo il parto uno nel 2.° giorno quattro nel 3.° giorno	7	Mancano maggiori dati ed il reperto necroscopico.	—
Morto	A casa molti nessun accesso in clinica	Uno in 1.ª giorn. uno in 2.ª » due in 3.ª »	9	Accolta comatosa, ebbe accessi in puerperio con delirio che durò fino alla 6.ª giornata, mai rialzi termici.	—
Morto macerato	Quattord. a casa nessuno in clinica	Nessuno	8 3[4	Entra comatosa in seguito ai numerosi accessi avuti.	—
Morto	A casa moltissimi nove in clinica	Tre da 1 a 4 ore dopo	4	Accolta comatosa, essendo da 18 ore in preda ad accessi si provoca il parto. Appena ottenuta dilatazione di 4 cent. si passa all'embriotomia.	Autopsia: edema cerebrale; congestione ed edema polmonare; fegato rimpicciolito giallo, aumentato in consistenza, esangue. Reni congesti, uretere destro dilatato.
Morto ne ore dopo	Otto a casa nessuno in clinica	Uno 6 ore dopo	4 1[2	Iniziato da poco il travaglio si prestano le cure indicate senza che altri accessi si presentino prima del parto.	—
Morto	Dieci a casa nessuno in clinica	Uno 5 ore dopo	—	Entrata a travaglio da poco iniziato, gli accessi non si presentano durante la dilatazione dell'orificio, nè durante l'atto operativo intrapreso a dilatazione di 6 cent.	—
	Innumerevoli a casa sedici in 4 ore in clinica	Dieciotto in 7 ore, l'ultimo 7 ore prima della morte	4 1[2	Mancanza d'albuminuria eccetto che nel periodo agonico. Vedi storia clinica nella memoria.	—

ECLAMPS

Anno	Numero di Registro	Numero delle gravidanze	Albuminuria	Intervento	Parto	Esito per la Mad
1883	N. 34	Ipara 9.° mese	Grave, persiste per 10 giorni.	Puntura del sacco.	Parto naturale.	Guarigio
1884	N. 282	Ipara 8.° mese	Albuminuria ed anasarca.	Candeletta, rottura del sacco, sbrigliamenti.	Forcipe nello scavo.	Guarigio
	» 367	Ipara 7.° mese	Grave e persistente.	Puntura del sacco.	Naturale.	»
1885	N. 87	Ipara 9.° mese	Constatata solo in travaglio.	Candeletta, sbrigliamenti.	Forcipe nello scavo.	Morte 6 d dopo il pa
	» 245	Ipara 7.° mese viziata	Precede di due giorni.	Doccie, puntura del sacco.	Craniotomia e cranioclastia.	Guarigio
	» 357	Ipara 9.° mese	In travaglio.	—	Forcipe.	»
1887	N. 33	Ipara 9.° mese viziata	Constatata solo in travaglio, scompare in 8.ª giornata.	—	Tentativi col forcipe. Craniotomia e cranioclastia.	Guarigio
	» 357	Ipara 8.° mese	Gravissima.	Candeletta, puntura del sacco, divulsione, sbrigliamenti.	Estrazione.	Morte un' dopo il par
1888	N. 196	Ipara 8.° mese	Discreta copia.	—	Forcipe allo stretto inferiore.	Guarigion
	» 239	IIpara 9.° mese	Lieve, nell'inizio del travaglio si fa abbondante. Scompare rapidam.	—	Forcipe nello scavo.	»
1889	N. 35	9.° mese	Grave, scompare in 8 giorni.	Puntura del sacco e sbrigliamenti.	Forcipe nello scavo.	Guarigion
	» 347	Ipara 9.° mese	Assenza.	—	Forcipe al piano perineale.	»

TRAVAGLIO.

ITO FETO	ACCESSI IN TRAVAGLIO	ACCESSI IN PUERPERIO	SI otteneva il parto in ore	OSSERVAZIONI	
ivo	Uno	Quattro accessi in 4 ore	50'	L'eclampsia insorge a dilatazione di 5 cent. dopo 12 ore di travaglio.	—
rto e dopo arto	Parecchi a casa, nessuno in clinica	Nessuno	7	Iniziato da poco il travaglio si presentano parecchi accessi. Nessun attacco in clinica durante il travaglio e dopo il parto.	—
rto uti dopo arto	Sei a casa, nessuno in clinica	Nessuno	4 1/2	Pare che l'eclampsia si sia presentata a travaglio appena iniz., ma certo è che accolta a dilataz. di 2 cent. non vi fu più alcun attacco.	—
rto avaglio	A casa moltissimi, in clinica 12	Quattro	5 40'	Accolta comatosa, il travaglio era iniziato da 13 ore, ed eravi dilatazione di 2 cent. a sacco amniotico rotto.	Autopsia: edema cerebrale lieve, piccolo focolaio apoplettico nel talamo ottico sinistro. Nefrite parenchimatosa, ipostasi polmonare.
rto avaglio	Sei	Nessuno	—	Viziatura pelvica di 2.° grado, in corso di provocazione del parto sorgono convulsioni. Il cordone si prolassa ed il feto muore.	Accessi sempre avvertiti.
ivo	Uno	Otto accessi nelle 12 ore	15'	Accesso a testa sul piano perineale; si passa tosto all'applicazione del forcipe.	—
rto avaglio, otomia)	Due	Nessuno	—	In travaglio da 21 ore e già sottoposta a tentativo di parto artificiale col forcipe, entra in clinica e tosto ha 2 accessi. Ripetesi un tentativo col forcipe, ma essendo viziata si passa all'embriotomia. C. E. 16, C. D. 90, C. V. 80. Feto senza cervello gr. 3400.	—
ittico animato	Uno	—	—	Edematosa e dispnoica gravemente, si passa subito ad accelerare il parto. Si ha un accesso al quale segue coma persistente.	Autopsia incompleta. Edema polmonare. Adiposi cardiaca ed endocard. mitrale, fegato con numerosi punti emorragici, nefrite acuta.
Vivo	Tre	Sette	—	Gli accessi si presentano a dilatazione quasi completa. Si interviene subito col forcipe.	—
»	Uno	Un accesso 1 ora ed uno 9 ore dopo il parto	—	Nel periodo espulsivo che va a rilento scoppia il primo accesso. Pronta applicazione di forcipe.	—
Vivo	Tre	Sei accessi nelle prime 3 ore	4 1/2	Accolta quando già ebbe accessi ed a travaglio progredito si prestano le cure indicate.	—
»	Uno	Due	—	Il periodo espulsivo andando per le lunghe, si cloroformizza la donna per operarla col forcipe, ed ecco scoppiare un accesso eclampsico.	—

Anno	Numero di Registro	Numero delle gravidanze	Condizioni al momento dell'intervento	Qualità dell'intervento	Parto	Es[illegible] pe[illegible] la M[illegible]
1890	N. 261	VIIIpara 7.° mese	Grave. Scompare in 3.ª giornata.	Candeletta, puntura del sacco, divulsione.	Forcipe nello scavo.	Guari[illegible]
	» 447	Ipara 9.° mese	Grave.	Candeletta, puntura del sacco, divulsione, sbrigliamenti.	Idem.	»
	» 449	Ipara 9.° mese	Grave. Scompare in 4.ª giornata.	Idem.	Idem.	»
	» 556	Ipara 9.° mese	Grave. Scompare in 8.ª giornata.	Idem.	Tentativi col forcipe. Craniotomia e cranioclastia.	»
	» 576	Ipara 9.° mese	Gravissima. Persiste intensa in 16.ª giornata, alla volontaria uscita dalla clinica.	—	Forcipe allo stretto inferiore.	»
1891	N. 259	Ipara 9.° mese	Grave. Scompare in 5.ª giornata.	Puntura del sacco, divulsione digitale, sbrigliamenti.	Forcipe nello scavo.	Guari[illegible]
	» 292	Ipara 9.° mese	Grave. Persiste lievissima in 10.ª giornata.	Laminaria, tupelo, puntura del sacco, divulsione digito-strumentale.	Idem.	»
	» 453	Ipara 8.° mese	Grave.	Candeletta, rottura del sacco, ecc.	Idem.	»
	» 588	Vpara 9.° mese	Gravissima.	Rottura del sacco.	Idem.	»
	» 445	Ipara 9.° mese	Notevole. Scompare in 20 giorni.	—	Forcipe allo stretto inferiore.	»
1892	N. 42	Ipara 9.° mese	Lieve.	—	—	Guarig[illegible]

ITO FETO	ACCESSI IN TRAVAGLIO	ACCESSI IN PUERPERIO	Si ottenne il parto in ore	OSSERVAZIONI	
ttico nimato	Uno	Nessuno	3	Accolta a travaglio appena iniziato a causa della grave albuminuria, si accelera il travaglio. Due ore dopo scoppia un accesso, onde a condizioni permittenti si applica il forcipe.	—
ivo	Cinque	Quattro da 2 a 4 ore dopo il parto, in 3.ª giornata 8 accessi	6	Accolta dopo che ebbe già 4 accessi, si sollecita il parto e si passa ad applicare il forcipe a dilatazione di 5-6 cent. Eravi appena permeabilità cervicale.	Delirio per più giorni.
ttico nimato	Sei	Uno molte ore dopo il parto	8 1/2	Nell'inizio del travaglio scoppia un primo accesso. Canale cervicale pervio e dopo il 6.° accesso si pratica doppia applicazione di forcipe.	—
rto	Parecchi a domicilio, 3 in clinica	Nessuno	7	Entra in clinica avendo avuto parecchi attacchi. Canale cervicale pervio. Applicato il forcipe, trazioni valide non riescono ad abbassare ed a far ruotare l'occipite (O. I. S. T.) onde si ricorre al cranioclasta.	—
vo	Uno	Tre	5	Entra in principio di travaglio avendo poco prima avuto un accesso. Rottura spontanea del sacco. Forcipe a condiz. permittenti.	—
vo	Dodici	Uno 3 ore dopo il parto	3 1/4	Accolta comatosa, avendo avuto 4 accessi, a dilataz. di 3 cent. si accelera il compimento del parto. Applicato il forcipe a dilatazione permittente sono richieste trazioni valide.	—
tico nimato, ore dopo	Sei	—	6	Presentando albuminuria, cefalea, ambliopia grave ed essendo edematosa si provoca il parto. Durante i primi momenti della dilataz. del collo si hanno 6 accessi. Si arrivò all'amaurosi completa.	Scomparsa dei disturbi visivi in pochi giorni.
vo	Uno	Quattro dopo più che 5 ore	9	Si provoca il parto per albuminuria grave: un solo accesso gravissimo in principio del periodo dilatante, che dura 9 ore. Operaz. a condizioni appena permittenti.	Endometrite, piressia per 6 giorni. Flebite crurale.
»	A casa moltissimi	—	—	Accolta a dilataz. di 6 cent., si passa subito all'applicaz. di forcipe. Si praticano trazioni prolungate e valide.	Eccitazione vivissima per 5 giorni
»	Uno	Sei	12	Albuminuria in principio di travaglio, ma senza alcun sintomo inquietante: dopo 12 ore raggiunta la dilatazione completa, scoppia il primo accesso; si applica tosto il forcipe.	—
vo	Parécchi a casa	Tre	6 30'	Parto rapido. Le convulsioni si ebbero anche qui nel principio del periodo dilatante.	—

ECLAMPSIA IN PUERPERIO.

Anno	Numero di Registro	Numero delle gravidanze	Albuminuria	Intervento	Travaglio	Accessi	Esito	
							Madre	Feto
1885	N. 401	IIpara 7.°-8.° m.°	Edemi ed albuminuria dal 6.° mese.	Provocazione del parto metodo Krause. Forcipe.	Grave per edema polmonare, albuminuria, ecc. — 1.° periodo ore 9.30'; 2.° 2.30'.	Parecchi accessi in 2.ª giornata e 2 accessi in 3.ª giornata.	Guarigione	Morto 9 ore dopo
1886	N. 319	Ipara 9.° mese	L'albuminuria scompare il giorno dopo al parto.	Parto naturale.	Cefalea, vomito in travaglio. — 1.° periodo 17 ore; 2.° 20'.	Un accesso 5 ore dopo il parto.	Guarigione	Vivo
1887	N. 56	Ipara 8.° mese	Constatata in gravidanza e curata senza vantaggio.	Provocazione del parto, candeletta, puntura del sacco. Forcipe stretto inferiore.	L'albuminur. grave consigliò l'interruz. della gravidanza. — 1.° periodo 3 ore; 2.° 1 ora.	Due accessi avvicinati e forti 2 ore dopo il parto.	Guarigione	Vivo
	» 122	Ipara 9.° mese	Albuminuria lieve in travaglio.	Parto naturale.	Parto in 5 ore, 2 delle quali per il periodo espulsivo.	25' dopo il parto scoppiano gli accessi; in 6 ore se ne hanno 10. Sopore fino in 4.ª giorn. e cefalea fino all'8.ª	»	»
1889	N. 151	Ipara 9.° mese	Albuminuria grave e persistente.	Parto rapido naturale. Puntura del sacco in travaglio.	Durata del travaglio ore 5. 45'.	A sera del 1.° giorno accessi che si ripetono per 3 giorni e raggiungono il num. di 15.	Guarigione	Vivo
	» 249	Ipara 9.° mese	Albuminuria grave.	Provocazione del parto metodo Krause. Divulsione e sbrigliamento del collo. Forcipe nello scavo.	Si ottiene il parto in ore 5. 5'.	1.° accesso 6 ore dopo il parto; 2.° accesso 9 ore dopo il parto.	»	Asfittico non rianimato
1891	N. 495	Ipara 9.° mese	Assenze in ogni momento. (Vedi pag. 13, nota 4).	Parto naturale.	1.° periodo 2 ore; 2.° periodo 20'.	6 ore dopo il parto scoppia il 1.° accesso. In 17 ore 8 attacchi.	Guarigione	Vivo
	» 642	Ipara 8.° mese	Albuminuria ed anasarca. Scomparsa dell'albumina in 3.ª giornata.	Candeletta, puntura del sacco, dilatazione strumentale e digitale. Parto naturale.	Il parto si compie in 11 ore.	1/2 ora dopo il parto 1.° accesso; 4 ore dopo il parto 2.° accesso.	»	»
1892	N. 143	IVpara 8.° mese	Albuminuria grave, persiste in 18 giornate.	Provocaz. del parto. Parto naturale.	—	9 ore dopo il parto un attacco.	Guarigione	Vivo
	» 251	IIIpara 8.° mese	Albuminuria gravissima.	Provocaz. del parto. Parto naturale.	Parto in ore 7 1/2.	7 ore dopo il parto un attacco.	»	»

MATERNITÀ ASDRUBALI DI ROMA
diretta dal Dott. A. Bompiani.

Della gravidanza extrauterina
e del suo trattamento operativo con la elitrotomia

PEL
Dott. PIO MASETTI
AIUTO.

La gravidanza extrauterina offre tali varietà di tipo e di sviluppo a seconda del luogo ove l'ovulo fecondato s'impianta e degli organi coi quali si pone in rapporto e contrae aderenze, che anche lo studio di un solo caso può riuscire utile e istruttivo sia per quello che riguarda i fenomeni sintomatici, sia per quello che riguarda le indicazioni del trattamento curativo.

Per queste ragioni ho creduto opportuno pubblicare l'osservazione seguente:

La sera del 3 marzo 1891 ero chiamato presso la signora Malatesta Teresa di 30 anni, nullipara, che fin dal mattino accusava dolori acutissimi all'ipogastrio e alla fossa iliaca destra. Maritata da un anno aveva avuto di tratto in tratto dolori pelvici, la mestruazione era stata sempre regolare e si era presentata l'ultima volta il 27 novembre 1890. Il 20 gennaio aveva sofferto una forte perdita di sangue, accompagnata dall'espulsione di una membrana che essa interpretava come un aborto. Due giorni dopo lasciava il letto e tornava alle sue solite occupazioni. Si sentiva abbastanza bene, quando al mattino del 3 marzo, in seguito a trauma, fu colta improvvisamente da dolori intensissimi al ventre, da sudori freddi, senso di svenimento.

Esame obbiettivo del 3 marzo 1891, sera: scheletro regolare, nutrizione generale deperita, volto e mucose pallide; cuore e organi del re-

spiro normali; ventre convesso, meteorico, dolentissimo specialmente all'ipogastrio, il che rende impossibile un'accurata palpazione; alla percussione in tutto l'ambito addominale risuonanza timpanica; respiro frequente superficiale, polso piccolo. — Esame vaginale: collo dell'utero elevato, rammollito tanto da permettere l'introduzione dell'indice, nella metà anteriore dello scavo; all'indietro nel fornice posteriore un corpo di consistenza pastosa, piriforme, unito con forte angolo di flessione al collo dell'utero, col quale sembra costituire un tutto continuo, fisso, dolente, specialmente quando si cerca d'imprimergli dei movimenti. Impossibile l'esplorazione combinata per la tensione del ventre.

Il risultato di questo primo esame mi portava ad ammettere una retroflessione dell'utero subinvoluto con incipiente reazione perimetritica; mi limitai quindi a prescrivere riposo assoluto, ghiaccio sul ventre, oppiacei e irrigazioni antisettiche.

I dolori andarono gradualmente migliorando; non così le condizioni generali che rimasero presso a poco eguali. Di tratto in tratto sopraggiungevano nausee e vomiti, le mammelle non subivano alcun cambiamento. Dall'utero secrezione muco-purulenta abbondante.

Ai primi di aprile tornò a perdere sangue dai genitali; si lamentava anche di un dolore intenso alla fossa iliaca destra.

Lo stato delle parti ora si presentava notevolmente cambiato. Alla palpazione del ventre a destra, dove l'inferma avvertiva dolore, si sentiva un corpo piriforme, diretto col maggior diametro nel senso trasversale e all'indietro di esso, approfondando le dita, un tumore a superficie larga e irregolare che occupava l'ingresso pelvico.

All'esame vaginale il collo dell'utero si riscontrava sollevato e stirato a sinistra al di sopra della sinfisi pubica. Era mollissimo e il dito esploratore percorreva facilmente tutto il canale cervicale. Con lieve massaggio il tumore piriforme entrava in contrazione; quindi nessun dubbio che si trattasse dell'utero notevolmente aumentato di volume. Il fornice posteriore era abbassato da una massa che giungeva sin quasi alla metà dello scavo, di consistenza ineguale, in qualche punto pastosa, in qualche punto tesa-elastica.

Non si sentivano nè soffii nè battiti cardiaci, nè spremendo i capezzoli si aveva solo colostro. Benchè io non volessi ricorrere che all'ultimo momento e prima dell'operazione, alla sondatura dell'utero, era molto probabile che in questo caso si trattasse di una gravidanza extrauterina, forse di origine tubarica, la quale dopo superato il periodo di rottura, seguitava a svilupparsi nella cavità addominale.

Ricordando le parole del Werth che la gravidanza extrauterina deve essere considerata come una neoformazione maligna e che per conseguenza deve essere operata al più presto possibile e in qualunque periodo della sua evoluzione; vedendo che i vomiti e i dolori andavano

sempre più indebolendo la donna, decisi di non protrarre più oltre l'atto operativo.

Il giorno 2 maggio 1891, preparato e disposto quanto poteva occorrermi tanto pel taglio vaginale che per la laparotomia, introdotta la cannula Boudin nell'utero, praticai una lunga irrigazione dapprima con soluzione di sublimato 1 p. 5000, poi con acqua semplice bollita. Potei allora assicurarmi che quel corpo piriforme, dolente, disposto trasversalmente al di sopra dell'ingresso pelvico, era veramente l'utero vuoto e ipertrofico, giacchè sotto la pressione del liquido si distendeva come una tasca di *caoutchouc* e di nuovo tornava al suo volume primitivo non appena si praticava il massaggio del fondo. Esso misurava così dilatato 16 centim. di lunghezza, contratto 12.

Messa la donna nella posizione dorso-sacrale e flesse le coscie sul bacino, procedo sotto l'anestesia cloroformica all'atto operativo con la direzione del dott. Bompiani e con l'assistenza dei miei amici e colleghi dottori Ferreri e Garino.

Applicata dapprima una doccia Fritsch per abbassare la parete vaginale posteriore, afferro il collo dell'utero con la pinza Museux e lo traggo in basso. Incido trasversalmente il fornice posteriore strisciando con il tagliente sul collo dell'utero e aperto il cul di sacco del Douglas, pratico a scopo emostatico, la sutura del peritoneo coi margini dell'incisione vaginale. A 5 cent. di distanza dall'incisione avverto chiaramente il sacco teso, fluttuante, a pareti sottili. Allora lasciando la trazione del collo dell'utero, mentre il dott. Bompiani esercita una pressione sulle pareti addominali per fare sporgere nella vagina il sacco fetale, lo incido facendo strisciare la punta del tagliente lungo la superficie posteriore dell'utero e la piccola incisione dilato, lacerando con la punta dell'indice, per evitare per quanto fosse possibile la lesione della placenta.

Dall'incisione fuoriesce piccola quantità di sangue nerastro e un tratto di funicolo ombellicale. Con l'esplorazione combinata del cavo sento benissimo il fetino che è disposto con la testa in basso, il dorso in corrispondenza della parete posteriore dell'utero, le piccole parti in alto e all'indietro. La placenta è inserita lateralmente in basso, e a sinistra, ma è impossibile limitarne con esattezza i confini.

Il fetino si presenta col vertice in corrispondenza dei margini dell'incisione, ma non mi riesce nemmeno con una grossa pinza a falso germe di afferrarne la testa e di tirarla in basso. Allora con due dita introdotte nel sacco viene afferrata una delle estremità inferiori, poi viene praticata la versione sui piedi e quindi l'estrazione manuale. Il funicolo è tagliato molto in alto al suo punto d'inserzione e dopo una lunga lavanda con acqua bollita il sacco viene tamponato con due metri circa di garza iodoformica al 25 0[0. Durata dell'atto operativo 45 minuti.

Allo svegliarsi la donna accusa dolori all'ipogastrio; ha il polso

piccolo, frequente, irregolare (130). T. ascellare 36°. Si pratica un'iniezione ipodermica di etere e caffeina. Nella sera clistere nutritivo d'uova, cloruro di sodio e cognac.

3 maggio 1891: T. 37, P. 130, R. 28. Ventre avvallato, trattabile, indolente, leggiera secrezione siero-sanguinolenta attraverso il tampone vaginale. Due clisteri nutritivi di uova, di cloruro di sodio e cognac.

4 maggio: T. 37, P. 116, R. 40. Vomito. Oppressione del respiro. Brodo, caffè, cognac.

5 maggio: viene tolto il tampone vaginale e una piccola parte di quello del sacco.

6 maggio: sotto l'irrigazione continua di acqua calda e sublimato tolgo tutto il tampone e dopo avere lavato il cavo lo zaffo di nuovo con garza iodoformica.

Il massimo della temperatura fu raggiunto dall'operata il 7 maggio e fu di 38. 5. Dopo d'allora seguitai a lavare e a tamponare il sacco tutti i giorni e la temperatura si mantenne sempre normale.

Il 15 maggio 1891, ossia 15 giorni dopo l'operazione, incominciarono a venire fuori piccoli pezzi di placenta; il 16 se ne staccarono due grossi frammenti e altri ancora nei giorni 17 e 18. Il 20 maggio l'eliminazione della placenta era completa. Il cavo era ridotto a 6 cent. di lunghezza, le sue pareti erano liscie e retratte. La ferita era completamente cicatrizzata 30 giorni dopo l'operazione.

Il fetino di sesso femminile pesava 180 grammi ed era lungo 20 cent. I diametri principali misuravano: il B. P. mm. 40, il B. T. 30, l'O. M. 60, l'O. F. 45, l'S. O. B. mm. 42. Basandoci sull'esame del feto e sui dati stabiliti dal Fehling, possiamo dire che il feto fosse giunto alla seconda metà del 5.° mese e che quindi la fecondazione dell'ovulo fosse avvenuta nel periodo intermestruale 27 novembre-27 dicembre 1890.

Ora alcune considerazioni sulla diagnosi e sul trattamento operativo della gravidanza extrauterina.

Diagnosi.

Gli elementi sui quali per solito si basa sono:

1.° La soppressione e le irregolarità della mestruazione.
2.° Le perdite di sangue dall'utero e l'espulsione di una decidua.
3.° I disturbi riflessi della gravidanza.
4.° Un tumore in vicinanza dell'utero.
5.° I segni di emorragia interna.

Esaminiamo questi diversi sintomi in relazione, per quanto è possibile, al caso descritto da noi. La nostra operata ebbe l'ultima mestruazione il 27 novembre 90; fu amenorroica nel dicembre e agli ultimi di gennaio emise una membrana insieme a una grande quantità di sangue. Nessuna perdita nel febbraio. Nel marzo e nell' aprile, presso a poco nel periodo corrispondente a quello mestruale, flusso abbondante e dall'aprile in poi scarso e continuo gemizio.

Non essendo stato possibile esaminare questa membrana e ciò avviene il più delle volte nella pratica, l' idea più semplice che si presentava alla mente era che si trattasse di un aborto e che il successivo gemizio di sangue fosse dovuto a residui dell'uovo rimasto nell' utero. Anche non volendo ammettere questa ultima supposizione, l' apparente retroflessione dell'utero e lo stato di congestione della mucosa, che suole esserne le conseguenze, poteva spiegare le perdite sanguigne.

Nulla dunque di caratteristico che potesse destare il sospetto di gravidanza extrauterina, come del resto in tutti i casi nei quali è stato tenuto esatto conto del modo di comportarsi della mestruazione. Fränkel (1) 26 volte su 54 casi ha notato completa amenorrea fino a termine di gestazione e per l'opposto Martin (2) su 21 casi di gravidanza extrauterina ha veduto due volte continuare inalterata la mestruazione. Fra questi due termini estremi tutte le varietà di tipo di cui è suscettibile la mestruazione dall'epoca della pubertà a quella della menopausa.

È sembrato a taluno che una o più amenorree seguite da emorragie irregolari potessero deporre per l'esistenza di una gravidanza extrauterina. Ora i casi di Olshausen (3), di Baldy (4), e di Küstner (5) depongono contro questa assersione. Su di essi avrò occasione di tornare in seguito.

Maggiore valore potrebbe avere l'espulsione di una decidua, accompagnata o no da perdite di sangue, se nella pratica ci fosse possibile esaminarla più di frequente. Disgraziatamente le ammalate non possono distinguere fra uovo, placenta e decidua; per lo più dicono di avere

---

(1) « Diagnose und operative Behanlung der Extrauterinschwangerschaft. » *Sammlung Klin. Vorträge* von R. Volkmann, N. 217, p. 17.

(2) « Enciclopedia Medica Italiana, » p. 1044. Art. « Gravidanza extrauterina. »

(3) Società Ostetrica e Ginecologica di Berlino, seduta del 25 ottobre 1889.

(4) « The early diagnosis of extrauterine pregnany. » *New-York Med. Rec.*, XXXVI, 12, p. 309.

(5) « Handbuch der Geburtshülfe herausgegeben von Müller. » Stuttgart, 1889, p. 544.

emesso *un pezzo di carne* e rare volte si curano del giudizio più esatto del medico. Così non possiamo sapere se sia stata veramente espulsa una membrana o un ammasso di coaguli e se frammisto ad essi si trovasse anche un piccolo uovo.

Inoltre la membrana deciduale non sempre si distacca nei primi mesi di gravidanza extrauterina, ma qualche volta anche alla fine di essa, all'iniziarsi delle contrazioni espulsive. Talora non viene eliminata che dopo la morte del feto e può darsi anche il caso che non venga affatto espulsa e che rimanga qua e là aderente alle pareti dell'utero.

Questo modo così irregolare di comportarsi della decidua ha suggerito a Wyder (1) un'idea ingegnosa, quella di asportare col cucchiaio la mucosa dell'utero e di vedere se contenga o no cellule deciduali che per lui sarebbero caratteristiche della gravidanza.

Tale questione ha suscitato specialmente in Germania lunghe e vivaci discussioni. Io tenterò di darne un rapido sunto. Per Wyder la presenza delle cellule deciduali depone in generale per la gravidanza e, quando l'utero sia vuoto, per una gravidanza extrauterina. Egli insiste lungamente sui caratteri che valgono a differenziare una decidua mestruale da quella di una gravidanza. In questa glandole formanti un reticolo a sepimenti delicati e a lacune ampie, epitelio glandolare cilindrico in alto, schiacciato e basso verso il fondo, sostanza interglandolare costituita da grosse cellule a forma irregolare con piccolo nucleo. In quella glandole ipertrofiche, meno dilatate, epitelio cilindrico in tutta la loro estensione e sostanza interglandolare a piccole cellule con grosso nucleo e scarso protoplasma.

Queste differenze non certo trascurabili, cedono per importanza di fronte al reperto clinico della dismenorrea membranosa, la quale si manifesta per solito sin dall'epoca della pubertà, è caratterizzata da intensi dolori espulsivi che si ripetono ogni mese all'apparire del flusso mestruale e cessano completamente dopo che l'utero ha espulso una membrana. Nella gravidanza extrauterina invece è raro che la decidua sia espulsa ogni mese, molto più raro ancora il caso accennato da Graily Hewitt (2) di espulsioni di membrane prodotte dal concepi-

---

(1) *Archiv. f. Gynaekologie*, Bd. XVIII, 1.

(2) « Malattie delle donne. » Traduzione italiana, Milano, 1885, p. 647.

mento alternantisi con altre non dovute a questa origine nello stesso soggetto.

Le obbiezioni più serie contro la teoria del Wyder sono state elevate da Ruge (1) e Mörike (2), avendo il primo dimostrato che formazioni di cellule eguali alle deciduali può aversi anche al di fuori dello stato di gravidanza nella endometrite cronica e nella endometrite da mioma e il secondo che nel periodo della mestruazione si trovano nel tessuto interglandolare cellule grandi, con piccolo nucleo e larga zona protoplasmatica.

Anche Curatulo (3) ha constatato grossi elementi rotondi e fusiformi tanto nella decidua che nella mucosa uterina di uteri fibromiomatosi e nelle varie forme di endometriti.

Passando ai casi clinici dobbiamo anzitutto ricordare quello di Gusserow (4) nel quale l'esame praticato sui pezzi asportati col raschiamento dal Wyder istesso, portò ad escludere una gravidanza extrauterina la quale invece fu poi trovata all'autopsia. La decidua esisteva molto in alto nell'utero, ma non era stata attaccata dal cucchiaio.

All'opposto nel caso di Spaeth (5) la presenza delle cellule deciduali aveva fatto ammettere una gravidanza extrauterina; ma alla laparotomia fu trovata un'ovaia suppurata.

Nel caso di Bandl (6), finito mortalmente per rottura della tromba, benchè si trattasse di una gravidanza alla fine del secondo mese, non fu trovato alcun pezzo di membrana deciduale nell'utero.

In una serie di esami microscopici fatti su brani di mucosa uterina asportati col cucchiaio da Bompiani e da me, io ho potuto riscontrare le caratteristiche cellule deciduali, vale a dire grossi elementi, di forma talora poligonale, talora rotondeggiante, spesso irregolare con uno o più prolungamenti e grosso nucleo. In tutti questi casi si trattava di donne che dopo una o più amenorree avevano avuto notevole emorragia e poi stillicidio prolungato di sangue. Grande dunque il sospetto di aborto,

---

(1) *Centr. f. Gynäkologie,* 1881, p. 287.

(2) *Berlin. Z. f. Gebh.,* VII, 136.

(3) *Annali di Ostetricia,* gennaio 1891, p. 31.

(4) Fraenkel, loc. cit., p. 15.

(5) *Zeit. f. Geb. und Gyn.,* 1889, Bd. XVI, p. 269.

(6) Küstner. « Handbuch der Geburtshülfe, » p. 499.

ma non certezza; poichè villi coriali non erano stati trovati e dalle notizie fornite dalle ammalate non si poteva sapere se insieme ai coaguli fosse stato espulso un uovo o una decidua serotina. Ma ciò che mi preme qui di rilevare è che anche data la presenza di cellule deciduali e dato che queste indichino che l'ovulo sia stato fecondato, bisogna innanzi tutto escludere con sicurezza una gravidanza intrauterina per poterne ammettere una extrauterina e questo non è sempre facile nella pratica.

Quanto al criterio diagnostico del quale parla il Küstner (1), che il sondamento dell'utero nel caso di decidua da gravidanza extrauterina dà molto più sangue che non quando si tratta di un tumore dell'utero e de' suoi annessi, è da notare che la quantità di sangue al sondaggio dipende spesso dalla maggiore o minore rigidità dell'istrumento adoperato e che nei casi di tumori endo e perimetrali si sviluppano endometriti che facilmente sanguinano, indipendentemente dalla formazione di una membrana analoga alla deciduale.

Il sondamento dell'utero è per ciò che riguarda la gravidanza extrauterina un criterio diagnostico non solo incerto, ma non totalmente esente da pericoli. Se si adopera una sonda molle, essa penetra profondamente nell'utero ripiegandosi, e non trasmette alla mano esploratrice alcuna sensazione di resistenza, se rigida si corre il rischio di perforare la parete uterina rammollita e ingrossata.

Così Schröder (2), la cui abilità operativa non può essere messa in dubbio, passò con la sonda attraverso la parete dell'utero e penetrò nella tromba lussata e dilatata. Fränkel (3) e Martin (4) constatarono in seguito al sondamento contrazioni dell'utero e del sacco fetale, distacco della decidua e rottura del sacco.

Disturbi riflessi della gravidanza. — Sono le nausee e i vomiti, la tensione delle mammelle, la secrezione del latte, la pigmentazione dei capezzoli e della linea pube-ombellicale. Non esisteva nella nostra ammalata alcuno di questi sintomi all'infuori del vomito, il quale può essere segno non solo di gravidanza, ma di una infinita serie di lesioni

---

(1) Loc. cit., p. 542.

(2) « Manuale di Ostetricia, » III edizione italiana, p. 467.

(3) Loc. cit., p. 18.

(4) *Berlin. Klin. Wochens.*, N. 51-52, 2.° caso.

dell' apparecchio utero-ovarico. Esso significa, come io mi sono potuto molte volte convincere, distensione ed irritazione specialmente di quel tratto dell'utero molto ricco di nervi, che corre dall'orificio interno alla zona percorsa dalla vena coronaria, tratto che nel parto costituisce il segmento inferiore. Quindi lo vediamo tanto nella semplice dilatazione meccanica esercitata dalla laminaria, quanto nelle flessioni del corpo sul collo e nei fibromi e negli essudati che interessano specialmente questa sezione delle pareti uterine.

La secrezione lattea e la pigmentazione del capezzolo e della linea pube-ombellicale sono state molte volte osservate nelle pluripare al di fuori dello stato di gravidanza. E ultimamente anche in una ragazza vergine affetta da tumore all'ovaia.

Alcuni disturbi vescicali, come il frequente stimolo a orinare e la ritenzione di orina, che pure secondo alcuni (1) deporrebbero per una gravidanza extrauterina, si avverano frequentemente anche nella retroflessione dell'utero e specialmente dell'utero gravido che tanto facilmente può confondersi con quella. Per cui dobbiamo concludere che questi diversi sintomi non hanno nulla di caratteristico, nè possono essere dimostrativi di una anomalia di sede del prodotto del concepimento.

Tumore in vicinanza dell' utero. — Delle varie raccolte tubariche l' ematica si confonde, in modo, per le sue apparenze cliniche con la gravidanza della tromba, che la diagnosi non può essere fatta che sul pezzo asportato e sulla presenza dell' embrione o dei villi coriali. Lo stesso criterio vale per istabilire se l' ematocele sia dovuto o no a una gravidanza ectopica.

Le raccolte di pus o di siero nella tromba possono mentire la gravidanza tubarica quando si producono rapidamente, e lo stesso avviene per le piccole cisti ovariche a pareti molto vascolarizzate, quando subiscano un rapido aumento di volume per versamento sanguigno intracistico. Io ho potuto osservarne ultimamente due casi operati da Bompiani colla laparotomia. Le cisti avevano raggiunto in breve tempo, e provocando grandi sofferenze, il volume della testa di un adulto.

Questi fatti ci spiegano gli errori diagnostici segnalati così di frequente negli annali scientifici. Baldy riferisce due casi nei quali esiste-

---

(1) Küstner, loc. cit., p. 540.

vano questi sintomi: turgore delle mammelle, vomito giornaliero, mancanza della mestruazione, emorragie irregolari, tumore cistico dolente in vicinanza dell'utero. Alla laparotomia trovò in un caso una cisti, nell'altro un piosalpinx. In un terzo caso nel quale non esisteva alcun segno di gravidanza, ma semplicemente un tumore dolente nel bacino, trovò un piccolo sacco fetale nelle fimbrie della tromba.

Nella donna operata da me esisteva in corrispondenza del fornice posteriore un tumore piriforme, di consistenza pastosa, unito con forte angolo di flessione al collo dell'utero che trovavasi nella metà anteriore dello scavo. La palpazione combinata, colla quale sarebbesi potuto sentire il fondo dell'utero, riusciva impossibile per la tensione delle pareti addominali, per cui la diagnosi che necessariamente s'imponeva era di retroflessione dell'utero. Non fu che in seguito, quando il tumore sospinse a poco a poco il collo dell'utero fino al di sopra della sinfisi pubica, che mi destò il sospetto di gravidanza extrauterina. Secondo il Küstner (1) può avvenire anche il caso inverso, che cioè un utero gravido retroflesso venga interpretato come una gravidanza extrauterina.

Finalmente sembra che anche le donne nervose non sieno aliene dal deviare il giudizio del medico su questo punto. Coe (2) riferisce che una donna soffriva disturbi tali da fare credere indubbiamente all'esistenza di una gravidanza ectopica. Invece alla laparotomia trovò una gravidanza normale al 3.° mese; solo un esame ulteriore fece conoscere che l'ammalata era isterica!

Segni di emorragia interna. — Sogliono per lo più intervenire al momento della rottura della tromba fra la 3.ª e la 20.ª settimana di gravidanza. Quando ha luogo un grande versamento di sangue nella cavità del ventre abbiamo: dolore intenso specialmente all'ipogastrio e alle fosse iliache, pallore del volto, polso piccolo, frequente, appena sensibile, rapida distensione del ventre, anemia acuta, vomiti. « Si è « molto discusso, ha detto L. Tait (3) sulla possibilità di diagnosticare « la gravidanza tubarica prima del momento della rottura e molte strane « asserzioni sono state emesse riguardanti la gravidanza tubarica dia-

(1) Loc. cit., p. 540.

(2) *Americ. Journ. of Obst.*, Jan. 1890, p. 94.

(3) « Traité clinique des maladies des femmes. » Trad. Bétrix. Paris, 1891, p. 598.

« gnosticata e trattata con pieno successo. Io sono eccessivamente scet-
« tico a questo riguardo. In tutti i casi che io ho operato e in molti in
« cui ho assistito all'esame *post mortem* e conosciuta la storia della
« malattia, le donne non si sono mai lamentate fino al momento in cui
« sono sopravvenuti i sintomi allarmanti della rottura della tromba. Io
« non ho veduto che un sol caso prima della rottura e ho diagnosticato
« una occlusione e distensione della tromba, ma la possibilità di una
« gravidanza in questa ammalata non si presentò alla mente di alcuno
« di quelli che l'esaminarono. »

Ma se i segni di emorragia interna costituiscono un sintomo di indiscutibile valore nella prima metà della gravidanza extrauterina, esso non può essere elevato all'altezza di sintomo patognomonico. Zweifel (1) ha trovato in casi in cui esistevano parecchi sintomi di gravidanza ectopica, salpingiti interstiziali che avevano dato luogo a grave perdita di sangue e alla formazione di tumori sanguigni. Bernutz e Goupil, i cui lavori hanno sparso tanta luce sul modo di formazione degli ematoceli, hanno dimostrato che dalle vene varicose utero-ovariche si possono avere enormi spandimenti sanguigni sia nel cavo del Douglas (ematoceli), sia al di sotto del legamento largo (ematoma).

Anche certe speciali complicazioni di tumori ovarici, come la torsione del peduncolo, le emorragie intracistiche, la rottura della cisti e lo spandimento di liquidi sia nella cavità peritoneale, sia al di sotto delle lamine del legamento largo, offrono una grande somiglianza coi sintomi della emorragia interna i quali, in generale, più che alla perdita assoluta di sangue subìta dall'organismo, sono dovuti alla rapida distensione e irritazione meccanica del peritoneo.

Qui voglio riferire l'osservazione che Küstner (2) riporta di un sarcoma emorragico dell'ovaia, perchè il decorso e le manifestazioni cliniche offrono una straordinaria rassomiglianza con quelle di una gravidanza extrauterina: « Una signora di 22 anni, maritata da tre anni, soffriva
« di dolori al lato sinistro del ventre. Da sette settimane le regole erano
« scomparse. All'esplorazione si sentiva in vicinanza dell'utero retroflesso
« un piccolo tumore della grossezza di un uovo di oca. Esistevano do-

(1) *Archiv. f. Gynäkologie,* Bd. XLI, p. 143.
(2) Loc. cit., p. 544.

« lori di stomaco e vomiti specialmente al mattino. L'utero non sem-
« brava ingrossato. Nove settimane dopo l'ultima mestruazione ebbe per
« tre giorni profusa emorragia. Il tumore si era intanto sviluppato la-
« teralmente. Il suo segmento inferiore era immobile nel bacino, il su-
« periore giungeva sino all'ingresso pelvico. La cavità dell'utero misurava
« 9 centimetri. Le sofferenze andarono sempre aumentando, fino a che
« alla 15.ª settimana si manifestarono i segni di una grave emorragia
« interna. Laparotomia esplorativa. Peritonite recente con iscarsa quan-
« tità di essudati. Aderenze antiche e recenti dell'omento e dell'intestino
« col tumore. Questo è situato a sinistra dell'utero; non è una gravidanza
« extrauterina, nè un ematoma, ma una neoformazione molle, a largo
« impianto nel bacino, inoperabile.

« Morte due giorni dopo l'operazione. All'autopsia si trovò un sar-
« coma molle dell'ovaia sinistra, sparso di focolai emorragici, che pro-
« babilmente due giorni innanzi all'operazione si era lacerato sul lato
« destro e aveva dato luogo a una enorme perdita di sangue. »

Mezzi esplorativi. — La maggior parte di coloro che si sono occupati della gravidanza extrauterina ci hanno avvertiti dei pericoli che s'incontrano nel mettere in opera i comuni mezzi esplorativi. Anche la semplice palpazione combinata può essere pericolosa, se non venga eseguita con estrema prudenza e delicatezza. Nel caso di Czempin (1) al semplice esame tennero dietro gravi emorragie e lipotimie.

Egli è che sotto la palpazione prolungata l'utero facilmente entra in contrazione e l'eccitazione diffondendosi alla tromba gravida può essere causa di rottura. L'anestesia cloroformica a scopo diagnostico, provocando il più delle volte vomito ripetuto può, secondo il Fränkel, portare le stesse conseguenze.

La puntura esplorativa, praticata di frequente quando ad essa si facevano seguire le iniezioni velenose nel sacco, allo scopo di uccidere il prodotto del concepimento, ora è giustamente abbandonata, sia perchè non vale ad illuminarci sulla natura del tumore, sia perchè non raramente è stata causa, come nel caso pubblicato da Hart e Barbour, di emorragie e di peritoniti mortali.

---

(1) *Central. f. Gyn.*, N. 47, 1889, p. 19.

La introduzione nell'utero di una sonda a doppia corrente e la successiva iniezione di liquido è, a mio credere, un buon mezzo diagnostico, perchè solo il processo gravidico è capace di produrre un rammollimento tale nelle pareti uterine da renderle cedevoli sotto la più leggiera pressione di liquido. L'utero che nel nostro caso misurava contratto 12 cent., raggiungeva sotto la iniezione 16 cent. di lunghezza; è dunque evidente che nel corpo e nel fondo si erano prodotti gli stessi cambiamenti che noi potevamo osservare sul collo. Ma tanto il sondamento quanto le iniezioni dovranno essere praticate solamente prima di procedere all'operazione.

Conclusioni. — Risultano chiare dall'esame critico dei vari sintomi: A seconda del modo e dell'ordine col quale si presentano, alcuni di essi potranno indiziare fortemente la diagnosi senza per altro fare oltrepassare mai il grado di probabilità. Ciò è tanto vero che gli autori classici d'ostetricia sono stati costretti a creare dei tipi clinici di gravidanza extrauterina per darci un'idea dello sviluppo e del decorso di questa grave anomalia.

Supponete, essi dicono, che una donna abbia dopo un'amenorrea perdite irregolari di sangue e disturbi riflessi di gravidanza, che in mezzo a forti contrazioni espulsive emetta una decidua, che la palpazione combinata faccia riscontrare in vicinanza dell'utero un tumore, e che improvvisamente sopravvengano sintomi di emorragia interna, la diagnosi di gravidanza extrauterina sarà facile. Ciò è indiscutibilmente vero. Peccato solo che nella pratica questi casi si avverino così di rado!

Fino a che la gravidanza è tubarica, noi non siamo in grado di distinguerla obbiettivamente da un'altra raccolta della tromba, come quando è ovarica o peritoneale non abbiamo criterii per differenziarla da una cisti ovarica e specialmente ematica a rapido sviluppo. Se però si aggiungano criterii che valgano a destarci un forte sospetto di gravidanza al di fuori della sua sede normale, i progressi della chirurgia addominale ci autorizzano senz'altro alla laparotomia e alla elitrotomia esplorativa, le quali ci permettono ad un tempo di illustrare la diagnosi e di eseguire il trattamento radicale. Ciò per la prima metà della gravidanza extrauterina, giacchè nella seconda metà ci forniranno un sicuro criterio le piccole parti e i battiti cardiaci del feto avvertiti al di fuori dell'utero vuoto.

Trattamento operativo.

L'esperienza non ha fatto che avvalorare la proposizione per la prima volta formulata dal Werth, che la gravidanza extrauterina dovendo essere considerata come una neoformazione maligna (eine bösartige Neubildung), dev' essere operata al più presto possibile e in qualunque periodo della sua evoluzione. L' attendere dunque la morte del feto nella speranza di una spontanea obliterazione dei vasi materni placentari (sul che Litzmann ha tanto insistito) o che il feto abbia raggiunto l'epoca vitale, ora non è più giustificato. Perchè da un lato è molto dubbio che questa obliterazione avvenga e che piuttosto la placenta non seguiti a crescere come nei casi riferiti da L. Tait (1), nei quali quest' organo contrasse larghe aderenze con l' intestino e con l' epiploon e finì per produrre copiose emorragie e perchè dall'altro non si può contare sulla vita di feti male sviluppati, cresciuti in ambiente tanto diverso da quello loro naturale.

Non è indicata inoltre l' aspettazione perchè la cisti gravidica, sviluppatasi nella tromba o al di fuori di questa, può rompersi da un momento all'altro e quindi essere causa talora di morte improvvisa, sempre di gravi accidenti per la donna.

Ma stabilita in generale la necessità di un atto operativo, quale sarà la via e il processo migliore da seguire? Per quanto anche ultimamente il Winckel (2) abbia conseguito due notevoli successi con le iniezioni di morfina nel sacco, questi espedienti insieme alla puntura semplicemente evacuatrice o elettrica mediante l' infissione di due aghi nel tumore, sono assolutamente da rigettarsi. Essi sono non soltanto pericolosi, avendo non rare volte prodotto la morte per emorragia e sepsi, ma del tutto incompatibili con le idee e con i progressi della moderna chirurgia addominale. Giustificati un tempo quando il timore di una infrenabile emorragia fermava la mano del più abile operatore, ora il rilegarli alla storia dell' arte sarà, come ha ben detto Piccinini (3) un vero beneficio per l' umanità.

---

(1) Loc. cit., p. 684.

(2) *Riforma Medica,* 1891, vol. IV, p. 331.

(3) « Esiti e trattamento della gravidanza tubaria. » Roma, 1890.

Dobbiamo dunque attaccare sempre la cisti ed estrarne il prodotto del concepimento o per la via vaginale o per la via addominale. Ma per discutere e fissare le indicazioni dell' uno e dell' altro metodo, è necessario accennare alle varie specie di gravidanza extrauterina sulle quali tanta luce hanno portato anche recenti ricerche.

Sotto il punto di vista pratico e curativo, è utile dividere le gravidanze extrauterine in due grandi gruppi:

1.° Gravidanze tubariche.

2.° Gravidanze addominali.

Nelle prime, molto più frequenti, l' ovulo può svilupparsi nel decorso uterino della tromba e dare luogo alla gravidanza interstiziale; nel mezzo della tromba e dare luogo alla gravidanza tubarica propriamente detta; nella parte esterna della tromba in corrispondenza del padiglione e dare luogo alla gravidanza tubo-addominale.

In qualunque punto dell'ovidutto avvenga la fecondazione, il fatto capitale, che s' impone nel periodo di evoluzione tubarica, è la rottura della tromba che per solito suole avvenire nella prima metà della gravidanza fra la 3.ª-20.ª settimana. Un dolore acuto che sopravviene improvvisamente al basso ventre, il pallore del volto, il polso addominale, il collasso sono i fenomeni che ci avvertono di questa grave complicazione. Alla quale non si può portare rimedio che aprendo il ventre, procedendo alla legatura dei vasi sanguinanti ed estirpando rapidamente il sacco e la tromba. Qui l' indicazione alla laparotomia è chiara e precisa, nè si potrebbe restare incerti fra i due metodi. Lo stesso trattamento sarebbe da praticare quando una raccolta tubarica a decorso rapido destasse un forte sospetto di gravidanza della tromba.

Se la rottura avviene in un punto della tromba poco vascolarizzato, al di fuori della caduca serotina o della placenta, l'emorragia può essere leggiera, la reazione peritoneale poco intensa e il feto può seguitare a vivere e a svilupparsi nella cavità addominale e fra le lamine del legamento largo.

Lo stesso può avvenire nel così detto aborto tubarico di Werth, quando cioè l' uovo viene espulso nel ventre dalle contrazioni delle pareti muscolari dell' ovidutto. Queste ultime due forme costituiscono come l' anello di congiunzione fra le gravidanze tubariche e le addominali propriamente dette.

In questi ultimi tempi è stata molto discussa l'esistenza di una gravidanza ovarica e peritoneale primitiva; se cioè l'ovulo fecondato possa svilupparsi nell'interno del follicolo o immediatamente al di fuori di questo o sulla superficie peritoneale. A me pare che le recenti ricerche di Mouratoff (1), di Walker (2) e di Dobbert (3) non lascino alcun dubbio in proposito.

Ultimamente Zweifel (4) ha dimostrato che la gravidanza addominale può talora svilupparsi su quel tratto che corre dall'estremo limite della fimbria ovarica della tromba al margine corrispondente dell'ovaia, tratto che va sotto il nome di solco o plica infundibolo ovarica e che è rivestito di epitelio cilindrico vibratile. È chiaro che in questo caso l'ovulo fecondato si svilupperebbe completamente nella cavità peritoneale. Essa si distinguerebbe dalla gravidanza tubarica peduncolata di Werth perchè in questa l'ovulo fecondato cresce sul padiglione della tromba.

Io raccolgo queste varie specie di gravidanza extrauterina, peritoneale, peritoneale secondaria, sotto-peritoneo pelvica, ovarica, infundibulo-ovarica sotto la denominazione generale di gravidanze addominali, perchè, qualunque sia stato il primitivo punto d'impianto dell'ovulo, esse non sono clinicamente differenziabili fra loro, ma solo dalle tubariche, dalle quali si distinguono perchè in generale non corrono grave pericolo di rottura, perchè raggiungono un'epoca più avanzata di sviluppo e perchè assumono per lo più l'aspetto di grosse cisti fluttuanti a pareti sottili.

È nel caso di queste gravidanze addominali che l'intervento operativo può essere fatto tanto per la via del ventre, che per la via della vagina.

Quando il sacco fetale si spinge profondamente nel cavo pelvico, l'utero e la vescica sono elevati e attraverso il fornice posteriore si sentono distintamente o il vertice o le piccole parti, la elitrotomia è indicata a preferenza della laparotomia. Poichè, come ha fatto notare il Fränkel (5) si può allora escludere con sicurezza l'inserzione della placenta al polo inferiore dell'uovo. Nei casi di Poincarré e di Netzel si potevano sentire attraverso la volta vaginale i processi spinosi del feto

---

(1) *Annales de Gyn.*, vol. XXXIII, p. 81.

(2) *Virchov's Archiv.*, Bd. CVII, Heft I, p. 72.

(3) *Virchov's Archiv.*, Bd. CXXIII, Heft I, p. 103.

(4) *Archiv. für Gyn.*, Bd. XLI, p. 16.

(5) Loc. cit., p. 24.

e in quelli di Vedeler e Normann si avvertiva distintamente la piccola fontanella. Essi nondimeno vollero preferire la via addominale e videro morire la loro operata per emorragia, essendo caduti col taglio sulla superficie della placenta. Casi simili di emorragia mortale nell'incisione laparotomica sono stati anche riferiti da Maygrier (1).

All'opposto quando attraverso il fornice vaginale sia possibile sentire una massa carnosa, lobata, attraversata da cordoni più resistenti, la quale induca il sospetto di una inserzione placentare sul polo inferiore dell'uovo, è alla laparotomia che dovremo dare la preferenza. Litzmann, Fränkel, Herff, Guichard riuscirono a sentire la placenta attraverso la parete vaginale e quindi operarono per la via del ventre (2).

Nei casi incerti un' accurata ascoltazione potrà darci qualche lume in proposito. Così Pinard (3) dalla percezione di un fremito e di un soffio, potè diagnosticare l'impianto della placenta sulla regione laterale destra del ventre. Data per altro la frequenza dell'inserzione della placenta sulla parete anteriore del sacco (4), saremo sempre autorizzati a praticare la elitrotomia esplorativa quando, essendo il fornice spesso ed uniformemente teso ed elastico, non si possa sicuramente stabilire se in corrispondenza di quello si trovi o no la placenta. Aperto il fornice la diagnosi sarà più facile e, dato anche che la placenta sia stata ferita, il tamponamento alla garza darà tempo di passare alla laparotomia. Zweifel (5) trovatosi in tale contingenza, dopo avere applicati profondamente dei Klemmer e tamponata la ferita con garza iodoformica, passò al taglio del ventre.

Infine non dobbiamo dimenticare che nella gravidanza extrauterina la placenta per sede e per estensione d'impianto può comportarsi in modo talmente irregolare da sfuggire alla più sottile indagine diagnostica e all'abilità del più ardito operatore. Nei due casi di Gusserow il sacco era solcato da spazi sanguigni così ampi, da far dire al Fränkel che il pericolo dell' emorragia sarebbe egualmente stato grande tanto operando per la via del ventre che per la via della vagina.

---

(1) Citato da Pozzi. « Traité de Gynécologie. » Paris, 1890, p. 859.

(2) Fraenkel, loc. cit., p. 24.

(3) *Annales de Gynécologie*, XXXI, p. 250.

(4) Fehling. « Handbuch der Geburtshülfe. » Stuttgart, 1889, p. 228.

(5) *Archiv. für Gyn.*, Bd. XLI, p. 5.

Abbiamo un'altra indicazione alla elitrotomia quando il sacco è lontano dalle pareti addominali, il che avemmo appunto nel nostro caso. Poichè se la cisti gravidica ha, come avviene quasi sempre, contratto numerose aderenze, è impossibile trarne fino ai margini del taglio laparotomico le fragili e sottili pareti per la sutura. Allora il trattamento della placenta costituisce uno dei punti più difficili di tutta la chirurgia addominale. Partendo dal principio, oramai accettato da tutti, che si debba rinunziare a qualunque tentativo di distacco di quest'organo, perchè la sezione di tessuti sui quali s'impianta, non essendo contrattile come l'utero, rimarrebbe coi vasi beanti e quindi darebbe luogo ad una infrenabile emorragia, si potrebbe chiudere e suturare il sacco fidando sull'assorbimento completo della placenta. Però su tale eventualità sarebbe poco da contare, sia perchè le pareti del sacco poco vascolarizzate e dotate di poca vitalità non si prestano a una prima intenzione, sia perchè, dato anche che si sieno osservate le più rigorose cautele antisettiche, è molto facile la putrefazione e la icorizzazione della placenta, o per fatto autoctono, o per immigrazione di microorganismi dal tubo intestinale.

Si potrebbe abbandonare il sacco senza suturarlo lasciando in posto la placenta e tamponando, per modo che le striscie di garza esercitino una specie di drenaggio capillare e tengano sempre pervio il tragitto pel quale deve effettuarsi la eliminazione dei detriti e dei frammenti placentari. Però tale processo avrebbe l'inconveniente di porre a contatto di una larga superficie peritoneale i liquidi di secrezione del sacco che in seguito spesso putrefanno e i lembi necrosati della placenta.

Ci rimane ancora a fare un cenno del processo del Martin (1) il quale reseca quella parte che gli è possibile delle pareti del sacco e fissa la rimanente al fondo del bacino; quindi trapassa con grossi aghi e lega a sezioni la superficie d'impianto della placenta dopo averla distaccata. Egli poi passa un drenaggio pel cavo del Douglas e chiude la ferita del ventre. Senza dubbio questo processo assicura, quando è attuabile, un'emostasi perfetta ed evita i pericoli dell'infiltramento dei liquidi icorizzati nella cavità peritoneale. Però, come Martin istesso ha dovuto notare, non sempre il fragile terreno d'impianto della placenta

---

(1) *Berlin. Klin. Wochenschr.*, N. 51-52.

si presta alla legatura in sezioni. Questa si dovrebbe applicare solo quando fosse possibile comprendere le radici dei grossi vasi placentari.

Le difficoltà e i pericoli inerenti a questi diversi metodi sono in gran parte evitati dalla elitrotomia. Quando non sia possibile cucire la cisti alle pareti del ventre, e la placenta non s'inserisca sul polo inferiore del sacco, essa costituisce certo il processo migliore da seguire, perchè facilita il deflusso dei liquidi nella parte più declive del cavo pelvico, lascia che la placenta si elimini lentamente e spontaneamente di mano in mano che va compiendosi la trombosi dei vasi materni placentari e permette una rapida riduzione del sacco con un trauma di gran lunga minore della laparotomia, fatto da non trascurarsi se si pensa che queste operazioni sono per solito eseguite su soggetti già deperiti per lunghe sofferenze.

La reazione a favore dell'elitrotomia, sorta nel campo dell'ematocele, tende a diffondersi in quello della gravidanza extrauterina di cui quello rappresenta uno degli esiti. Maygrier, Pinard, Zweifel, Bompiani sono favorevoli a questo metodo quando il sacco si spinge profondamente nel cavo pelvico. Ultimamente Segond (1) è riuscito a estirpare per la via vaginale una tromba gravida. Non è fatta parola dell'epoca di gravidanza. Egli però si è accinto a operare credendo di trovarsi di fronte a una retroversione dell'utero con fibroma del fondo.

Considerando poi la frequenza con la quale gli operatori furono costretti nella laparotomia ad aprire il cul di sacco del Douglas, per assicurare il deflusso dei liquidi dalla cisti fetale, appare anche maggiore l'opportunità di cominciare con una elitrotomia esplorativa la quale, se anche sarà insufficiente a completare l'operazione, potrà sempre servire a passare una garza-drenaggio.

Zweifel (2) ha formulato molto nettamente il concetto che in questi casi bisogna incominciare con operazioni, per quanto sia possibile, risparmianti. Egli dà il consiglio di eseguire in primo tempo la elitrotomia e di passare alla laparotomia, quando vuotato il sacco del sangue e dei coaguli si avverte ancora la presenza di un secondo tumore.

In un caso, che già ho avuto occasione di ricordare, essendo caduto

---

(1) *Annales de Gynécologie,* mars 1892, p. 203.

(2) Loc. cit., p. 56.

col taglio elitrotomico sulla placenta, fece il tamponamento e passò alla laparotomia. Il taglio vaginale gli servì pel drenaggio capillare alla garza.

Secondo il Cuzzi (1) la elitrotomia corrisponde bene quando il feto si presenta per la testa, perchè allora con un piccolo forcipe sarebbe facile afferrarla ed estrarla. Sarebbe invece controindicata nelle presentazioni della spalla, nella quale il rivolgimento potrebbe essere causa di lacerazione del sacco. Tale controindicazione a me pare valga anche per quei casi nei quali il feto è a termine e molto sviluppato, e la placenta non s'inserisce sul dinanzi, perchè, essendo allora il tumore gravidico molto grande, è possibile farvi un'ampia breccia e suturarlo senza esercitare trazioni alla ferita addominale.

Nell'eseguire la elitrotomia fa d'uopo non trascurare alcune particolarità di tecnica che, a mio credere, contribuiscono potentemente al buon esito dell'operazione.

E in primo luogo l'accurata e completa emostasi dei margini dell'incisione elitrotomica mediante la sutura, la quale praticata la prima volta da Kaltenbach in un caso di gravidanza extrauterina e da Martin nella estirpazione totale dell'utero, ha inoltre il vantaggio di opporsi all'infiltramento dei liquidi di secrezione fra il peritoneo e la vagina e fra questa e le pareti del sacco e d'impedire che nei tentativi di estrazione del feto si abbiano a verificare estese lacerazioni.

In secondo luogo il tamponamento del sacco con lo stesso metodo che Dührssen ha messo in opera nell'utero nelle emorragie *post-partum*. Le striscie di garza saranno introdotte nel sacco, dopo che questo sarà stato completamente vuotato dei coaguli e lungamente irrigato con le comuni soluzioni antisettiche.

Finalmente l'astensione da qualunque tentativo di distacco della placenta, la quale non tarderà ad eliminarsi spontaneamente di mano in mano che andranno obliterandosi i vasi materni placentari.

La pressione addominale da un lato, la contropressione del tampone dall'altra, assicurano l'emostasi delle pareti del sacco, dal quale non è impedita la secrezione di liquidi pel drenaggio capillare esercitato dalla garza.

La retrazione del sacco avviene in poco tempo, nè è ostacolata dal

---

(1) « Enciclopedia medica italiana. » Artic. « Gravidanza extrauterina, » p. 1049.

tampone alla garza, il quale ha il grande vantaggio di garantirci da una improvvisa emorragia e d'impedirvi l'ingresso dell'aria. Rapida nei primi giorni, procede rapidissima, dopo che si è completata l'eliminazione di tutti i frammenti placentari.

Per ciò che riguarda la direzione del taglio vaginale, Routier ha praticato ultimamente (1) l'incisione antero-posteriore che ne' suoi casi corrispondeva al maggior asse del tumore. Io non saprei abbandonare l'antica incisione trasversale che ci permette di seguire meglio la superficie posteriore dell'utero, guida preziosa quando si debba spingere il coltello attraverso a uno spesso strato di tessuti.

Roma, Settembre 1892.

(1) *Annales de Gynécologie*, janvier, 1890, p. 15.

ISTITUTO OSTETRICO-GINECOLOGICO DI NAPOLI

diretto dal Senatore Prof. O. Morisani.

Operazioni complementari del taglio cesareo

STUDIO STORICO-CLINICO-CRITICO

DEL

Dott. FRANCESCO CARUSO

già Assistente nell'Istituto suddetto.

(Continuazione, vedi pagina 693).

Segue la Statistica: « Casi di amputazione utero-ovarica come complemento di taglio cesareo. »

Numero progr.	Data	Operatore e località	Età Num. dei parti	Indicazione	Stato della do nel momento della operazio
372	2. I. 1891.	Morisani Napoli (Casa privata).	24 anni, Ipara.	Enorme miofibroma occupante lo scavo, irreducibile.	Quasi agonizzante. T.
373	26. I. 1891.	R. Novi Napoli. 4.° caso.	22 anni, Ipara.	Bacino rachitico. C. V. 5,5 cent.	Sfavorevole. Pulmoni pale a sinistra. Tra già iniziato.
374	10. II. 1891.	R. Jahreiss Augsburg.	40 anni, multipara.	Ostruzione pelvica da voluminoso e fisso mioma uterino.	Favorevole. Scolo quido amniotico da 2
375	14. II. 1891.	Bertazzoli Milano.	36 anni, VIIpara.	Bacino osteomalacico.	Discreto.
376	17. II. 1891.	Godson Londra. 3.° caso.	41 anni, Ipara.	Bacino rachitico. C. V. 2 pollici.	Favorevole. Durata a dente del travaglio 2
377	3. III. 1891.	J. Price Philadelphia.	Ipara.	Ostruzione pelvica da fibromi uterini.	—
378	7. III. 1891.	G. Sangregorio Milano.	41 anni, VIpara.	Bacino osteomalacico.	Sfavorevole. T. 39. P Abbattimento.
379	7. III. 1891.	O. v. Weiss Vienna.	32 anni, IIIpara.	Carcinoma cervicis diffuso ai parametrii.	Cachettico.
380	8. III. 1891.	H. M. Milton Cairo.	23 anni, Ipara.	Bacino osteomalacico.	Sfavorevole. Membran te da 3 giorni. Colla
381	12. III. 1891.	H. Koffer Vienna. 2.° caso.	31 anni, Vpara.	Carcinoma cervicis con diffusione alla vagina e ai parametrii.	Cachettico.
382	20. III. 1891.	H. Willis Brooklyn, N. Y.	—	Scavo quasi completamente occupato da un tumore maligno, affatto immobile.	Denutrito profondam T. 101 F.; P. 120. I del travaglio 1½ gio Il tumore sanguinava l'esplorazione.

Particolari dell' operazione	Esito		Osservazioni	Nota bibliografica
	Madre	Feto		
intraper.	†	† embriotomizzato.	A travaglio appena iniziato fu consigliata l' operazione cesarea, che non venne consentita. Si fece quindi la craniotomia, ma non fu possibile estrarre la testa. Inciso l' utero, ne vennero fuori dei gas fetidi. Essendo il peduncolo brevissimo, si dovè affondarlo.	Caso inedito. Comunicazione dell' Oper.
extraper.	»	Vivo.	Causa della morte, avvenuta in 7.ª giornata: pulmonite crupale.	Comunic. orale dell' Op.
a piani del moncone ed amento.	Guarigione.	»	—	*Münch. med. Woch.*, 1891, N. 21, p. 374.
extraper. Costrizione me- con serranodi Cintrat. one raggruppato con al- punti di sutura.	»	»	Il giorno appresso, a causa d'insistente stillicidio sanguigno dal monc., si applica attorno a questo un laccio elast., dopo di che la perdita cessa completamente.	Loco citato.
extrap. Serranodi Köberle o ago. Cucitura del peri- parietale col peduncolo.	»	»	—	*Brit. med. Journ.*, 1891 October 10.
extraper.	»	»	—	*Annals of Gynaec. et Pediat.*, Philad., 1890-91, IV, p. 345.
amento del canal cervi- Costrizione elastica del one. Tratt. extraper.	»	»	Scomparsa quasi completa dei dolori osteomalacici.	*Giornale per le Levatrici*, 1891, p. 89-95.
elast. Sutura del periton. col viscer. Sospensione oncone all'angolo inf. della addom. mediante due ro- legature di seta, una per Ciascuna legat. fu passata attraverso tutto lo spes- delle pareti addomin., po- ttraverso gli strati super- del peduncolo sotto il elastico e finalmente di attraverso tutto lo spes- delle pareti addomin.; indi allacciata sulla cute a so di un cuscinetto di gar- jodoformio.	»	Vivo.	Operazione all' inizio del travaglio. La paziente muore pei progressi del carcinoma 2 1[2 mesi dopo l'operazione.	Caso inedito. Comunic. epist. del dott. Koffer in data del 28. XI. 1892.
separata dei ligamenti i. Sutura a strati del pe- olo con catgut, e siero- sa alla Lembert con seta, mbe a punto continuo. Af- m. Drenaggio addominale.	†	†	La paziente soccombeva in capo a 16 ore.	*The Lancet*, 1891, Sept. 26, p. 710.
extraper. Due punti di a a sospensione come nel di Weiss.	Guarigione.	Vivo.	Operaz. all' inizio del trav. La paziente soccombeva in capo a 6 mesi pei progressi del neopl.	Caso inedito. Comunic. cit. dell' Oper.
extraper. Costrizione ela- ed ago di trasfissione.	»	»	Le condizioni di salute della donna migliorarono molto per un certo tempo dopo la rimozione dell' utero. La paziente visse fino al 28 luglio, allorchè morì di peritonite.	*N. A. Journ. Homœpathy*, New-York, 1891, 3. 5, VI, p. 825-28.

Numero progr.	Data	Operatore e località	Età Num. dei parti	Indicazione	Stato della don nel momento della operazion
383	25. III. 1891.	C. G. Campbell Saddleworth, Yorks.	IIIpara.	Bacino piatto.	Favorevole.
384	27. III. 1891.	Fraipont Liège.	36 anni, VIIpara (due aborti).	Bacino osteomalacico.	Sfavorevole. Scolo muc rulento dall'utero.
385	III. 1891.	G. M. Tuttle New-York.	—	Bacino ristretto. C. V. 6 cent.	Sfavorev. In travaglio ore. Sintomi di settic
386	10. IV. 1891.	Bossi Genova.	36 anni, IIpara.	Bacino piatto-rachitico con stenosi di 3.° grado.	Favorevole.
387	26. IV. 1891.	J. Price Philadelphia. 2.° caso.	28 anni.	Ostruzione pelvica da fibroma uterino.	—
388	6. V. 1891.	E. v. Braun Wien.	32 anni, VIpara.	Bacino rachitico. C. V. 6 cent.	—
389	14. V. 1891.	Riedinger Brünn. 10.° caso.	40 anni, XIpara.	Bacino osteomalacico.	Favorevole.
390	7. VI. 1891.	Porro Milano. 10.° caso.	36 anni, IIpara.	Bacino pseudo-osteomalacico. C. D. 7,8 cent.	Discreto. Travaglio c ciato la notte inn Acque colate.

(1) Questo A., per aver fatta la costrizione del cono cervico-uterino ad utero in sede, passando il tubo e antisettici, si credè autorizzato a denominare il suo caso « operazione Tait-Porro » (!).

Particolari dell' operazione	Esito		Osservazioni	Nota bibliografica
	Madre	Feto		
extraper. Costrizione ela- e trasfissione con aghi in passanti attraverso il lac- astico.	Guarigione.	Vivo.	Operazione una settimana avanti il termine, prima dell'inizio del travaglio.	*The Lancet*, 1891, II, p. 289 (1).
extraper. Costrizione ela- del moncone. Ago lanceo- Sutura del peritoneo pa- e con quello del pedun- al di sopra del laccio.	»	† in via di macerazione.	Miglioramento notevole del morbo osteomalacico.	*Annal. de la Soc. méd.-chirurg. de Liège*, 1891.
extraper.	†	†	Causa della morte, avvenuta in 5.ª giornata: sepsis.	*Daniel's Texas med. Journal*, 1891, p. 387-88.
ntazione del peduncolo loppio filo di seta, previa rizzazione mediante il Pa- n della cavità cervicale stante al laccio provviso- sutura in vari piani ed in direzioni della superficie tata del moncone, che infine ricoperto dal pe- eo mediante sutura siero- sa. I legamenti larghi fu- legati con tre forti allac- re per ogni lato e recisi. damento.	Guarigione.	Vivo.	—	*Rivista di Ost. e Ginec.*, Torino, anno II, 1891, N. 14.
extraper.	»	†	—	*Annals of Gynæc. and Pediat.*, 1890-91, IV, pagine 683-86.
extraper.	»	»	Provocazione del parto prematuro artificiale il 3. V. a domicilio con presentazione di spalla. Non fu possibile fare la decapitazione a causa della distensione del segmento inferiore.	*Wien klin. Woch.*, 1891, N. 34, p. 637.
extraper. come nei casi ed. dell'Oper.	»	Vivo.	—	Caso inedito. Comunic. epistol. citata.
ura segmentata dei lega- i larghi e trasfissione a a ed a sinistra del cono ico-uterino in senso an- posteriore, tenendosi al- erno del canale cervicale, è ago retto montato in ma- e provvisto di filo di seta ata N. 3. Col filo di destra poi un giro tutto attorno ollo. Amputazione a cono noncone, e consecutiva a- tazione e cauterizzazione mucosa cervicale. Rag- pamento della parte supe- del moncone mercè punti cati con seta. Affondamento.	»	»	Questa donna fu nel parto precedente operata di taglio cesareo dal dott. A. Rota il 20. V. 1889. Tre punti di sutura uterina con seta. La cicatrice cesarea fu trovata larga e molto assottigliata.	Bertazzoli, loco cit.

rso l' angolo superiore della breccia addominale al di sopra del fondo della matrice, e per non aver adoperati

Numero progr.	Data	Operatore e località	Età Num. dei parti	Indicazione	Stato della don nel momento della operazion
391	7. VI. 1891.	Porro Milano. 11.° caso.	39 anni, Ipara.	Bacino totalmente ed irregolarmente ristretto, rachitico. C. D. 7,4 cent.	Favorevole.
392	7. VI. 1891.	Truzzi Novara. 8.° caso.	36 anni, VIIIpara.	Bacino osteomalacico.	Sfavorevole. Molto d trito.
393	26. VI. 1891.	B. C. Hirst Philadelphia.	31 anni, Ipara.	Bacino cifotico in donna nana.	Favorevole.
394	2. VII. 1891.	Carmichael Barrow-in-furness.	34 anni, Ipara.	Bacino angusto.	Favorevole.
395	3. VII. 1891.	Bossi Genova. 2.° caso.	35 anni, Vpara.	Bacino osteomalacico con quasi completa immobilità delle articolazioni cox-femorali.	Favorevole.
396	6. VII. 1891.	Hofmeier Würzburg. 2.° caso.	43 anni, VIIpara.	Bacino osteomalacico.	Sfavorevole. Molto scad
397	12. VII. 1891.	J. Price Philadelphia. 3.° caso.	40 anni, Ipara.	Ostruzione pelvica da fibroma uterino.	—
398	11. VII. 1891.	I. Murphy Durham.	30 anni, Ipara.	Bacino ristretto. C. V. 1 poll. = 1[2.	Favorevole.
399	18. VIII. 1891.	Cosentino Palermo. 2.° caso.	Multipara.	Bacino osteomalacico.	Sfavorevole.
400	25. VIII. 1891.	Riedinger Brünn. 11.° caso.	32 anni, Ipara.	Atonia uteri e alterazione della decidua nel segmento inferiore. Indicazione del taglio cesareo: bacino rachitico. C. V. 7 cent.	Sfavorevole.
401	28. VIII. 1891.	H. Koffer Wien. 3.° caso.	42 anni Vpara.	Bacino osteomalacico. C. V. 5,5 cent.	Sfavorevole. Molto scad
402	13. X. 1891.	Chrobak Vien. 2.° caso.	36 anni, VIpara.	Bacino osteomalacico.	Discreto. Travaglio già viato.
403	25. X. 1891.	Johannovsky Reichenberg. 3.° caso.	24 anni, Ipara.	Bacino piatto-rachitico. C. D. 8,5 cent.	Sfavorevole. Membrane ro da 2 giorni. Febbre al Esaurimento.

Particolari dell' operazione	Esito		Osservazioni	Nota bibliografica
	Madre	Feto		
intraper. come nel caso edente.	Guarigione.	Vivo.	Gravidanza al principio del 9.° mese.	Bertazzoli, loco cit.
extraper. Sutura secon- dell' infundibole, previo amento del tessuto di gra- one e cruentazione dei ni.	»	»	Operazione nella prima metà del 9.° mese, fuori travaglio. Il feto soccombeva il 19. VII.	*Annali di Ostetricia*, 1891, p. 610-13.
extraper.	†	†	Manìa puerperale. Morte in 5.ª giornata.	Caso inedito. Comunic. del dott. R. Harris.
extraper. Costrizione con quet Foulis. Sutura del neo parietale con quello oncone.	Guarigione.	Vivo.	Operazione nella metà della 40.ª settimana, avanti l'inizio del travaglio.	*The Lancet*, 1891, October 31, p. 985.
intraper. come nel caso dell'Oper.	»	»	—	*Rivista di Ost. e Ginec.*, 1891, anno II, N. 21.
extraper.	»	»	La donna moriva dopo 5 settimane a causa dei progressi dell'osteomalacia e di piaghe di decubito, essendo stato il decorso post-operativo affatto normale.	Caso inedito. Comunic. epist. dell'Oper. in data del 1. VIII. 1892.
extraper.	»	»	—	*Annals of Gynaec. an Pediat.*, 1890-91, IV.
extraper. Costrizione con elastico e sotto di questo di Tait.	»	»	--	*Brit. med. Journ.*, 1891, October 10, p. 796.
intraper. del peduncolo nel caso precedente del- .	†	»	Dopo il rallentamento del laccio provvisorio grave emorragia. La paziente soccombeva dopo 10 minuti dall'atto operativo.	*Sicilia Medica*, anno III.
extraper. come nei casi . dell'Oper.	Guarigione.	»	—	Caso inedito. Comunicaz. epistol. citata.
extraper. come nel caso dell'Oper.	»	† premorto.	Il feto morì durante i preparativi dell'operazione a seguito di prolasso del cord. omb. con presentazione di testa. Miglioramento notevole dell'osteomal.	Comunic. dell'Oper. alla Società Ost. e Ginec. di Vienna nella torn. del 20. X. 1891. *Wien. klin. Woch.*, 1891, p. 967.
retroper.	»	»	Guarigione dell'osteomalacia.	V. Wörz. « Ein Fall von Kaiserschnitt nach Porro mit retroperitonealer Stielversorgung. » *Centralbl. für Gynäk.*, 1892, N. 5.
retroper. alla Chrobak.	»	†	—	*Arch. für Gynäk.*, Bd. XLII, Hft. 2, 1892.

Numero progr.	Data	Operatore e località	Età Num. dei parti	Indicazione	Stato della do nel moment della operazi
404	26. X. 1891.	Johannovsky Reichenberg. 4.° caso.	29 anni.	Bacino piatto-rachitico. C. D. 7 cent.	Sfavorevole. Lunga del travaglio. Febb saurimento.
405	27. X. 1891.	Riedinger Brünn. 12.° caso.	38 anni, Xpara.	Bacino osteomalacico.	Favorevole.
406	30. X. 1891.	Saenger Wurzen.	35 anni, Vpara.	Presentazione di spalla. Tetanus uteri. Ruptura uteri incompleta. Feto in stato di putrefazione.	Sfavorevole. Tentat versione. T. 38. 8.
407	15. XI. 1891.	Negri Venezia. 3.° caso.	Ipara.	Bacino rachitico. C. V. 5 cent.	—
408	16. XI. 1891.	H. Koffer Vienna. 4.° caso.	25 anni, IIIpara.	Bacino osteomalacico. Indicazione assoluta.	Molto debole. Doglie ore.
409	19. XI. 1891.	Riedinger Brünn. 13.° caso.	36 anni, IVpara.	Bacino osteomalacico.	Discreto.
410	20. XI. 1891.	A. E. Spohn Corpus Christi Texas.	40 anni, IXpara.	Bacino osteomalacico.	Favorevole, ad onta giorni di durata del glio.
411	27. XI. 1891.	Staude Hamburg. 4.° caso.	30 anni, IVpara.	Bacino rachitico con esostosi in corrispondenza delle sinfisi, specie della pubica.	Favorevole.
412	10. XII. 1891.	G. Braun Wien. 19.° caso.	21 anni, IIpara.	Tetanus uteri. Impossibilità d'applicare il cranioclaste per estrarre il feto, già craniotomizzato. T. 39. 5. Colo di un secreto fetido dal cavo uterino.	Sfavorevole.
413	20. XII. 1891.	Johannovsky Reichenberg. 5.° caso.	23 anni, Ipara.	Bacino generalmente ristretto (nana).	Sfavorevole. Febbre. rimento.

Particolari dell' operazione	Esito		Osservazioni	Nota bibliografica
	Madre	Feto		
. retroper. alla Chrobak.	Guarigione.	Vivo.	—	Ibid.
. extraper. come nei casi ed. dell'Oper.	»	»	—	Caso inedito. Comunicaz. epistol. citata.
. extraper. Costrizione ela-.	†	† premorto.	Bacino rachitico con stenosi discreta. Venne asportato il braccio superiore destro nella speranza di guadagnare più spazio. Nei tentativi di versione si ruppe l'arto addominale sinistro in corrispondenza del 3.° inferiore della gamba. Causa della morte, avvenuta dopo 24 ore: infezione settica.	*Centralblatt für Gynäk.*, 1892, N. 33.
zione del moncone con lera elastica ed affondamento.	Guarigione.	† premorto.	In 24.ª giornata espulsione spontanea dell'intero moncone mortificato attraverso la porzione sottovaginale.	« Prospetto clinico per l'anno 1891. » *Ann. di Ostetr.*, 1892, p. 211.
extraper. come nei casi c. dell'Oper.	»	Vivo.	—	Caso inedito. Comunic. cit. dell'Oper.
extraper. come nei casi c. dell'Oper.	»	»	—	Caso inedito. Comunicaz. epist. citata.
extraper.	»	»	Guarigione dell'osteomalacia.	Comunic. di R. Harris.
extraper. come nei casi d. dell'Oper.	»	»	—	Comunic. epist. dell'Op. in data del 8. VII. 1892.
extraper. come nel caso eiss.	»	† premorto.	Il periodo di dilatazione durò 6 giorni. I dolori furono spasmodici fin dal principio. Bacino generalmente ristretto. C. V. 9 cent. La testa non impegnandosi, K. si accinse alla versione; ma rottesi le membrane non fu possibile penetrare nell'utero a causa della contrazione spasmodica del cercine di contrazione del corpo uterino. I battiti cardiaci divenivano in seguito irregolari, dopo di che si procedeva alla craniotomia. In puerperio bronco-pulmonite ed ostinata coprostasi.	Comunic. dell'Oper. alla Soc. Ost. e Ginec. di Vienna nella tornata del 12. I. 1892. *Wien. klin. Woch.*, 1892, N. 25, p. 372.
retroper. alla Chrobak, a differenza che la lega- dei legamenti infundibulo- ci e larghi venne fatta della formaz. dei lembi.	»	† premorto. Procidentia funiculi.	La donna moriva alla fine della 4.ª settimana di pulmonite da influenza.	Ibid.

Numero progr.	Data	Operatore e località	Età Num. dei parti	Indicazione	Stato della do nel momento della operazio
414	1891.	Bagot Dublin.	—	Distacco prematuro della placenta in 8.° mese. Grave emorragia seguita da profondo collasso.	Sfavorevole.
415	10. I. 1892.	J. H. Dunn Minneapolis. Minn.	28 anni, Ipara.	Ostruzione pelvica da fibroma uterino.	—
416	27. I. 1892.	J. H. Carstens Detroit, Mich.	24 anni, Ipara.	Tumore nello scavo, probabilmente dermoide.	Favorevole. Travaglio avviato.
417	12. II. 1892.	A. Martino Napoli. 3.° caso.	33 anni, IVpara.	Bacino osteomalacico.	Discreto. Quasi due g di travaglio. Mem rotte da 20 ore.
418	20. IV. 1892.	Hofmeier Würzburg. 3.° caso.	35 anni, VIIpara.	Bacino osteomalacico.	Sfavorevole. Febbre. trizione molto scaduta composizione del cont uterino. Tympania u
419	24. IV. 1892.	Frascani Pisa.	34 anni, VIpara.	Bacino osteomalacico.	Discreto.
420	4. V. 1892.	Riedinger Brünn. 14.° caso.	25 anni, Ipara.	Bacino piatto-rachitico, universalmente ristretto. C. V. 7 cent.	Favorevole.
421	4. V. 1892.	Riedinger Brünn. 15.° caso.	33 anni, VIpara.	Bacino osteomalacico.	Discreto.
422	24. V. 1892.	Brewis Edimburgh.	24 anni, IIpara.	Bacino universalmente ristretto. C. V. 6,2-6,8 cent.	—
423	19. VII. 1892.	Martone Napoli.	27 anni, multipara.	Bacino osteomalacico.	—
424	21. VIII. 1892.	H. Koffer Vienna. 5.° caso.	20 anni, Ipara.	Indicazione dell'operaz. Porro: endometrite e timpanite uterina. Indic. del taglio cesareo: bacino di Robert.	Temp. 39.8; Polsi 138. S fetido dalla vagina.
425	27. VIII. 1892.	W. H. Myers New-Haven, Indiana.	20 anni, Ipara.	Bacino angusto. C. V. 7 cent.	Discreto. Travaglio da ore.
426	20. IX 1892.	H. Koffer Vienna. 6.° caso.	27 anni, IVpara.	Bacino osteomalacico. Indicazione assoluta.	Molto scaduto. Durata soprapparto 2 giorni. Te 39. 2; Polsi 140.
427	24. IX. 1892.	J H. Carstens Detroit, Mich. 2.° caso.	23 anni, IIpara.	Bacino angusto. C. V. 6,5 cent.	Favorevole. Durata del prapparto 10 ore.

Particolari dell' operazione	Esito		Osservazioni	Nota bibliografica
	Madre	Feto		
extraper. Serranodi di it.	Guarigione.	† premorto.	Si ruppero le membrane per stagnare il sangue. Orificio uterino attraversabile da un dito, non dilatabile. Nessun segno di travaglio, malgrado qualche contraz. e una sensazione di distensione violenta dell'utero. La placenta fu trovata completamente scollata, e l'utero pieno di coaguli.	*Dubl. journ. of med. Sc.*, 1891, Sept.
extraper.	»	† Procidentia funiculi.	Furono trovati anche tumori negli ovarii e nel legamento largo, i quali neppure in parte potevansi rimuovere, e molto probabilm. erano di natura sarcomatosa.	*North Western Lancet*, St. Paul, 1892, XII, p. 71.
extraper. Costrizione con .	»	Vivo.	—	*The Amer. Journ. of Obst.*, 1892, Sept., p. 345-48.
extraper. Serranodi Cin-	»	»	—	Comunicaz. orale dell'Operatore.
extraper.	»	†	La paziente abbandonava il letto in capo a 3 settimane, dopo che per ben due volte la ferita addominale si era riaperta.	Caso inedito. Comunicaz. epist. citata.
del moncone col processo rrovesciamento.	»	Vivo.	L'operazione venne fatta a travaglio già avviato con acque colate.	*Annali di Ostetr.*, 1892, p. 616-22.
extraper. come nei casi d. dell'Oper.	»	»	In puerperio febbre nei primi tre giorni.	Caso inedito. Comunic. epistolare citata.
extraper. come nei casi d. dell'Oper.	»	»	—	Caso inedito. Comunic. epistolare citata.
extraper. Costrizione ela-	»	»	—	*Edinb. med. Journ.*, 1891-92, p. 215-17.
extraper.	»	»	—	Comunic. dell'Op. all'Accad. med. chir. di Napoli, tornata del 15. IX. 1892.
extraper. come nei casi . dell' Oper.	»	† premorto.	—	Caso inedito. Comunic. cit. dell' Oper.
extraper.	»	Vivo.	—	Comunic. di R. Harris.
extraper. come nei casi . dell' Oper.	»	»	—	Caso inedito. Comunic. cit. dell' Oper.
extraper. Costrizione con .	»	Vivo.	—	Caso inedito. Comunic. del dott. Harris.

Numero progr.	Data	Operatore e località	Età Num. dei parti	Indicazione	Stato della do nel momento della operazio
428	26. IX. 1892.	Anna M. Fullerton Philadelphia.	24 anni.	Bacino cifo-scoliot. con pube a forma di becco ed arcata pub. angusta. Distretto sup. ristretto obliquam. (anchilosi dell' artic. sacro-iliaca sin. prodotta da slogatura di antica data).	Favorevole.
429	7. X. 1892.	F. Caruso Napoli.	38 anni, Ipara.	Tumore del bacino (encondroma?), irreducibile. Indicazione relativa.	Favorevole, ad onta d giorni circa di dura travaglio ed acque dal giorno avanti.
430	3. XI. 1892.	M. Scibelli Napoli. 2.° caso.	33 anni, IVpara.	Bacino osteomalacico. Indicazione assoluta.	Discreto.
431	1892.	J. F. Black Halifax Nova Scotia.	37 anni, Ipara.	Fibromi uterini multipli.	Favorevole.
					SUP
432	9. II. 1885.	Riedinger Brünn. 2.° caso.	33 anni, Vpara.	Bacino osteomalacico.	Sfavorevole. T. 38.6; Liquido ammiotico d tivo colore e fetido.
433	7. VIII. 1885.	Riedinger Brünn. 3.° caso.	19 anni, Ipara.	Bacino piatto universalmente ristretto. C. V. 5,5 cent.	Favorevole, ad onta notevole distensione segmento inferiore.
434	13. XI. 1885.	G. Braun Vienna. 8.° caso.	27 anni, Ipara.	Bacino osteomalacico. Indicazione assoluta.	—

Particolari dell' operazione	Esito		Osservazioni	Nota bibliografica
	Madre	Feto		
exraper.	Guarigione.	Vivo.	Operazione una settimana prima del termine, avanti l'inizio del travaglio.	Caso inedito. Comunic. di R. Harris.
az. cuneiforme del mon- e cauterizzazione del ca- ervicale. Raggruppamento parte superiore del mon- con punti staccati profondi erficiali mercè filo di seta. damento.	†	»	S'inizia il taglio cesareo col proposito di fare l'operaz. conserv.; ma, estratto il feto, si scopre che il tumore dello scavo è costituito da un fibroma del segmento postero-infer. dell'utero, aderente al fondo della pelvi. Si asporta in gran parte questo tumore; ed essendosi notati nella parte infer. dell'utero dei nodi fibromatosi, previa costriz. elastica della regione istmica, si rimuove anche la matrice. Dopo l'allentamento del laccio elastico provvisorio si manifesta una graviss. emorragia. La paziente soccombe, terminata appena l'operazione. Fu notato uno sviluppo vasale considerevole.	Caso inedito.
extraper. Costrizione con nodi.	Guarigione.	»	Operazione a termine di gestazione, avanti lo inizio del travaglio.	Caso inedito.
extraper. Costrizione con nodi.	»	»	Operazione una settimana prima del termine della gestazione, avanti l'inizio del travaglio.	*Brit. med. Journ.*, 1892, Juli 16, p. 128.

N T O.

xtraper. Costrizione ela- Cucitura del peritoneo ale col viscerale. Due aghi ia disposti a croce.	Guarigione.	Vivo.	Miglioramento notevole dell' osteomalacia.	« Bericht über die in der Brünner Gebäranstalt vom Juli 1883 bis Ende December 1886 ausgeführten Laparotomien. » *Zeitschr. für Heilkunde*, Bd. VII, Prag, 1887.
extraper. come nel caso	»	Gemini. 1.° † 2.° vivo.	—	Loco cit.
ione elastica. Sutura del neo parietale col visce- Due aghi di trasfissione.	†	Vivo.	La donna soccombeva in 5.ª giornata per peritonite purulenta.	Caso inedito. Comunic. cit. del dott. Koffer.

Numero progr.	Data	Operatore e località	Età Num. dei parti	Indicazione	Stato della don nel momento della operazio
435	22. I. 1886.	Riedinger Brünn. 4.° caso.	26 anni, IIpara.	Decomposiz. del contenuto uterino. T. 38. 2; P. 96. Tetanus uteri. Indicazione del taglio cesareo: bacino angusto. C. V. 6,5 cent. Antica lacerazione del collo estesa fin presso il peritoneo. Collo non ancora scomparso, lungo 5 cent., stretto.	Sfavorevole. Durata a del travaglio 48 ore.
436	8. V. 1886.	Riedinger Brünn. 5.° caso.	IIIpara.	Bacino osteomalacico.	Sfavorevole. Soprappa 38 ore circa. T. 38.2; P
437	7. VII. 1886.	A. Raffa Rovigo.	39 anni, IVpara.	Bacino generalmente ristretto, rachitico.	Sfavorevole. 7 giorni d praparto. Peritonite g corso.
438	14. X. 1886.	W. Balls-Headley Melbourne.	Ipara.	Bacino rachitico. C. V. 1 1[2 poll.	Favorevole.
439	21. III. 1887.	C. M. Seltzer Philadelphia.	41 anni, Ipara.	Ostruzione pelvica da miofibroma uter., della grandezza di una testa di feto.	Favorevole. Durata d prapparto 18 ore.
440	2. VIII. 1887.	G. Braun Vienna. 9.° caso.	42 anni, VIIpara.	Bacino osteomalacico. Indicazione assoluta.	—
441	10. X. 1887.	H. Peters Vienna.	41 anni, IXpara.	Bacino osteomalacico. Indicazione assoluta.	Molto indebolito e gr mente sofferente.
442	12. II. 1889.	v. Ott St. Petersburg. 2.° caso.	23 anni, Ipara.	L'indicazione venne offerta dallo stato dell'utero, maltrattato dalla pressione prolungata della testa, e si ricorse all' operazione Porro anche per evitare una nuova gravidanza. Bacino universalm. ristretto. C. V. 6,5 cent.	Sfavorevole. Molto d Soprapparto comincia due giorni. Albumin

Particolari dell' operazione	Esito		Osservazioni	Nota bibliografica
	Madre	Feto		
extraper. come nei casi l.	Guarigione.	Gemini Vivi.	L'endometrio fu trovato in parecchi punti d'un giallo-brunastro, provvisto di un deposito purulento.	Loco cit.
extraper. come nei casi l.	»	† premorto.	Inciso l' utero, ne venne fuori un secreto icoroso, mescolato a gas fetido. In 8.ª giornata emorragia dalla vagina e dal peduncolo, avente origine dagli annessi di sinistra, la quale nei tre giorni successivi si ripetè tre volte e cessò in seguito ad applicazione di percloruro di ferro sul sito del ligamento largo sinistro.	Loco cit.
ntraper. Fognatura dello inferiore della ferita osso tubo di gomma.	†	† premorto.	—	« Note clinico-statistiche intorno alle operazioni chirurgiche eseguite dal 1879 al 1890 nell'Ospedale di Rovigo, riparto chirurg. » *Riv. Veneta di Scienxe Med.*, 1890.
extraper. Costrizione col di L. Tait.	Guarigione.	Vivo.	Operazione nel 9.º mese, avanti l'inizio del travaglio.	*Austr. med. Journ.*, 1886, December, p. 547.
extraper.	†	† in istato di macerazione.	La paziente morì dopo 4 giorni per debolezza cardiaca e forse per setticemia.	Caso inedito. Comunic. di R. Harris.
extraper. come nel caso dell'Oper.	Guarigione.	Vivo.	—	Caso inedito. Comunic. cit. del dott. Koffer.
extraper. come nei casi Braun.	»	»	—	Caso inedito. Comunic. cit. del dott. Koffer.
a strati del moncone ed amento.	†	»	Subito dopo l'operazione stato grave, anuria quasi assoluta anche facendo il cateterismo; l'indomani coma con crampi clonici senza riacquistare la coscienza, e morte. Temperatura normale. Causa della morte (autopsia): nefrite acuta parenchimatosa.	*Wratch*, 1892, p. 222-45; Riv. in: *Nouv. Arch. d'Obst. et de Gyn.*, 1892, p. 270-71, e in: *Frommel's' Jahresbericht etc.* Bericht über das Jahr 1891, p. 320 (Neugebauer).

Numero progr.	Data	Operatore e località	Età Num. dei parti	Indicazione	Stato della donna nel momento della operazione
443	19. I. 1890.	v. Preuschen Greifswald.	30 anni, IIpara.	Encondroma del sacro. Spazio utile 6 cent.	Favorevole.
444	15. III. 1890.	Fritsch Breslau.	IVpara.	Soggetto già operato di taglio cesareo per vizio di bacino (Risc. il caso 192.° del mio quadro casistico in: *Annali di Ostetr.*, 1889). Innanzi all'utero, fino alla sinfisi, giacevano anse intestinali in un' ernia della linea alba. Scollate le intestina dalla parete addominale pel tratto di 20 cent. in lunghezza e 10 in larghezza, e poscia dall' utero, si manifestò una grave emorragia. Siccome la superficie dell'utero sanguinava, l' Op. non osò di praticare il taglio cesareo conservatore, e fece l'operazione Porro.	Favorevole.
445	4. IX. 1890.	H. Koffer Vienna. 1.° caso.	40 anni, IIIpara.	Carcinoma cervicis diffuso ai parametrii.	Cachettico.

Particolari dell' operazione	Esito		Osservazioni	Nota bibliografica
	Madre	Feto		
extraper. col processo di r.	Guarigione.	Vivo.	Operazione negli ultimi giorni della gravidanza, avanti l' inizio del travaglio.	Comunic. alla Soc. med. di Greifswald nella tornata degli 8. II. 1890 e 12. III. 1892. *Deutsch. med. woch.*, 1890, p. 458-59, e 1892, p. 480; e comunicaz. epist. dell'Operatore in data del 15. XI. 1892.
ntento di fare il trattam. ıp. l' Op. non coprì il pe- olo col peritoneo; ma non ossibile la fissazione del one all' angolo inferiore ferita, perchè le intestina aderenti al rimanente pareti addominali e alla ca, ed avrebbero potuto e compresse contro questa gate; epperò fu giuoco- affondare il peduncolo.	»	»	In 8.ª giornata venne trovato una notovole sporgenza dello spazio del Douglas ed un grosso tumore addominale. Aperto il Douglas dalla via della vagina, ne uscì circa 1 1/2 litro di sangue asettico.	Comunicaz. dell'Op. alla Società Ost.-Ginec. di Berlino nella tornata del 27. II. 1891. -- *Centralbl. für Gynäk.*, 1891, p 363; e comunic. epistolare del dott. Pfannenstiel in data del 21. XI. 1892.
zione elastica. Sutura del oneo parietale col visce- Un solo ago di trasfis- .	»	»	Operazione all' inizio del travaglio. La paziente soccombe ai progressi del carcinoma dopo 3 mesi.	Caso inedito. Comunic. cit. dell'Oper.

CASI DI AMPUTAZIONE UTERO-OVARI

Numero progr.	Data	Operatore e località	Età Num. dei parti	Indicazioni	Stato della don nel momento della operazion
4	28. V. 1884.	Winckel München.	37 anni, IXpara.	Uterus bicornis unicollis. Hysterocele inguinalis del corno destro gravido.	—
5	9. XII. 1884.	Wiener Breslau.	29 anni, IIpara.	Uterus bicornis. Corno destro gravido (rudimentario?)	Scaduto. Dimagramento. strazione.
6	26. I. 1885.	A. Macdonald Edinburg.	23 anni, Ipara.	Uterus bicornis. Gravidanza nel corno destro.	—
7	2. IV. 1885.	F. Imlach Liverpool.	35 anni, IIpara.	Uterus bicornis unicollis. Gravid. nel corno sinistro. Fibro-mioma del corno destro e della cervice.	Sfavorevole. Albuminu
8	15. V. 1885.	Fritsch-Galle Breslau.	28 anni, IIpara.	Uterus bicornis. Gravidanza nel corno sinistro atresico.	Favorevole.

(1) Pei casi antecedentemente occorsi di Litzmann-Werth (†), Salin (g.) e Sänger (g.) si consultino le tavo cologica di Pietroburgo, tornata del 22. IX. 1888, *Centralbl. f. Gynäk.*, 1889, N. 5, p. 80), Wyder (« Beiträg Ost.-Gin. di Berlino, tornata del 2. IV. 1892, *Centralbl. f. Gynäk.*, 1892, N. 19, p. 265) per essere nei med due completa con passaggio del feto nel cavo addominale.

GRAVIDANZA IN UTERO ABNORME (1).

Particolari dell'operazione	Esito		Osservazioni	Nota bibliografica
	Madre	Feto		
extraper. Doppia legatura ca e diverse legature con Trasfissione con due aghi oce.	Guarigione.	†	Ultima mestruazione il 18. XII. 1883. Scomparsa dei moti attivi fetali verso i primi di maggio.	H. Eisenhart. Inaug. Diss. München. In: *Arch. für Gynäk.*, Bd. XXVI, 1885, p. 439.
tazione del corno gravido. ncolo suturato con punti ndi e superficiali con seta fondato insieme col laccio co.	»	† maturo, in istato di macerazione.	Il feto venne ritenuto per oltre due mesi dopo il termine della gravidanza. Durante l'operazione non venne scoperta la comunicazione esistente fra il corno gravido e la cavità cervicale, e soltanto con un'ulteriore osservazione, quattro mesi dopo, fu accertata.	*Arch. für Gynäk.*, Bd. XXVI, 1885, p. 234.
tazione del corno gravido. . extraper.	»	†	Ultima mestruazione nel febbraio 1883. L'Oper. praticò la laparot. nell'ipotesi trattarsi di un tumore fibroso sviluppato sia nella parete anteriore dell'utero, sia nel legamento largo destro.	*Edinb. med. Journ.*, 1885, April.
azione del corno gravido porzione dell'altro. Tratt. p. Costrizione con clamp. aggio addominale.	»	»	La diagnosi oscillò tra fibro-mioma del segmento inferiore dell'utero e cisti dermoide dell'ovario destro, complicanti la gravidanza a termine o quasi. Durante la laparotomia fatta a scopo esplorativo, essendosi praticato il riscontro vaginale, fu trovata la cervice dell'utero dilatata parzialmente col sacco delle acque integro. Afferrati i piedi, venne estratta la pelvi ed il tronco, ma la testa nelle manovre di trazione si staccò dal busto. Ne seguì un'emorragia profusa, dovuta alla lacerazione del collo uterino.	*Brit. med. Journ.*, 1885, p. 695-96.
tazione del corno gravido di aver scollate le ade- da esso contratte con la e addominale e coll'o- o. Affondamento del pedun-	»	† della grand. e dell'aspetto di uno maturo, in via di calcific.	L'operazione fu praticata 7-8 mesi dopo il termine della gestazione.	G. Galle, *Centralbl. für Gynäk.*, 1885, N. 38, p. 598-600.

— Ho escluso da questa tabella i casi di Slaviansky (comunicazione di Massen alla Società Ostetrica e Gine-
erinschwangerschaft. » *Arch. f. Gynäk.*, Bd. XLI, Hft. 1 N. 2, p. 82) e Winter (Comunic. dell'Op. alla Soc.
a la rottura del corno gravido, nel primo caso incompleta (lacerazione della tonaca peritoneale), negli altri

Numero progr.	Data	Operatore e località	Età Num. dei parti	Indicazione	Stato della do nel momento della operazio
9	15. VII. 1885.	W. Netzel Stokholm.	23 anni, Ipara.	Uterus bicornis. Gravidanza nel corno destro.	Sfavorevole.
10	9. IV. 1888.	Sklifossowsky Mosca.	25 anni, IIpara.	Uterus bicornis unicollis. Gravidanza nel corno destro atresico.	Favorevole.
11	1. VII. 1888.	L. Landau Berlin.	—	Uterus duplex unicollis infra conjunctus.	Favorevole.
12	13. VIII. 1888.	Riedinger Brünn. 6.° caso.	29 anni, Ipara (2 aborti).	Uterus bilocularis. Gravidanza nella metà destra atresica.	Favorevole. Inizio del vaglio da 7 giorni.
13	14. VI. 1890.	L. Landau Berlin.	23 anni.	Uterus bicornis. Gravidanza nel corno sinistro atresico.	Favorevole, ad onta di dolori lancinanti nell inferiore sinistro, i resero la paziente inca al lavoro ed erano dotti dalla pressione tumore.
14	23. III. 1891.	Pfannenstiel Breslau.	26 anni, IIIpara.	Uterus bicornis unicollis. Gravidanza nel corno destro atresico.	Sfavorevole. Coprostasi nata e dolori nella de zione. Inappetenza e de dolorabilità al più colo movimento.
15	31. X. 1891.	Mangiagalli Milano.	19 anni, Ipara.	Uterus bicornis. Gravidanza nel corno sinistro impervio.	Discreto.

Particolari ell' operazione	Esito		Osservazioni	Nota bibliografica
	Madre	Feto		
azione del corno gravido. zione elastica e sutura a del peduncolo. Affonda-	Guarigione.	† in istato di avanzata maceraz.	L' operazione fu fatta 4 mesi dopo il termine della gravidanza. Non fu dato escludere la possibilità di una comunicazione, molto angusta, tra il corno gravido e la cervice. Formazione di un grosso ascesso nel bacino, che venne vuotato attraverso la cicatrice ventrale. Espulsione di parecchi fili di legatura, ed in ultimo del laccio elastico.	Howitz, *Gynäkol. og obstetr.*, Meddel, Bd. VI, Hft. 1-2.
azione del corno gravido. uncolo venne suturato ed ato.	»	†	La diagnosi oscillò fra fibromioma dell'utero e gravidanza extrauterina. L' operazione fu praticata 10 mesi circa dopo il termine della gravidanza.	*Annal. della Soc. chir. di Mosca*, 1889, N. 2 e 3, p. 30-34.
azione delle due metà tero. Tratt. intraper.	»	»	Fu fatta diagnosi di gravidanza extrauterina. La gravidanza era al 5.° mese.	*Berl. klin. Woch.*, 1890. N. 9, p. 203; e loco cit., *Vollmann's Sammlung klinischer Vorträge. Neue Folge.* N. 26, 1891, p. 222.
come nei casi antecedenti per.	»	Vivo.	Gravidanza a termine. La isolata amputazione della metà dell'utero stata gravida parve ineseguibile; parimenti si dovè rinunziare al trattamemto conservatore, a causa dell' impossibilità di drenare la cavità uterina che aveva dato ricetto all'uovo.	*Wien. klin. Woch.*, 1889, N. 45, p. 859-62.
azione del corno gravido. intrap. Ventro-fissazio- ll'altro corno per ovviare lasso della parete ante- della vagina.	»	†	Gravidanza di 2 1[2 mesi. Il diagnostico oscillò fra una cisti ovarica e un mioma peduncolato. L'operazione venne fatta per porre un termine ai suddetti dolori.	« Ueber Schwangerschaft in Nebenhorn. » *Berl. klin. Woch.*, 1890, N. 35, p. 789-92.
azione di entrambi i cor- ffondamento del pedun-	»	† maturo, in istato di incipiente maceraz.	Ritenzione del feto per 9 mesi dopo il termine della gravidanza.	S. Ginsberg. Inaug. Diss. Breslau, 1891.
azione del corno gravido. ura del peduncolo con col nodo di Bantock ed amento.	»	†	Mestruazioni scarse a partire dall'ottobre 1890, con consecutivo aumento del ventre. Nel maggio 1891 emorragia con espulsione di una membrana, il che venne qualificato come aborto. Indi mestruazioni regolari, ma il ventre non ritorna al volume normale. Fu fatta diagnosi di ritenzione di feto morto e mummificato nel corno impervio di un utero bicorne.	« Tre casi di utero unicorne con corno rudimentale. » *Ann. di Ost.*, 1892, p. 360.

Dall'esposta tabella dei casi di amputazione utero-ovarica cesarea (1) si desume:

che di 445 madri se ne salvarono 275, ciò che dà una mortalità lorda complessiva del 38.3 0[0. Eliminando dal computo soltanto i casi operati *in agone* (Carrara, Krukenberg, W. Alexander, Poten), come è razionale di fare, si ha la mortalità del 37.7 0[0.

Alcune statistiche individuali danno il seguente risultato:

Riedinger	15	operazioni	—	Mortalità	0 0[0
Breisky	8	»	—	»	0 »
Truzzi	8	»	—	»	12 »
Leopold	7	»	—	»	0 »
Frank	7	»	—	»	16 »
Koffer	6	»	—	»	0 »
Staude	4	»	—	»	0 »

che dei feti ne vennero estratti vivi 351, il che offre una mortalità del 21.3 0[0, e del 21.5 0[0 se non si tiene conto delle 4 operazioni fatte su donna agonizzante (2).

Dal quadro, poi, dei casi di amputazione utero-ovarica per gravidanza in utero abnorme si ricava:

che di 15 operate una sola soccombette = mortalità del 6.6 0[0;

che soltanto in un caso (Riedinger) il feto venne estratto vivo; nei rimanenti il prodotto, immaturo o maturo, era morto da un tempo più o meno lungo.

Ulteriori deduzioni dalle tabelle saranno tirate in prosieguo.

---

(1) Nel quadro non figurano i casi seguenti, non avendo potuto procurarmi di essi notizia completa:

LINKENHELD (Elberfeld). 1884. Bacino osteomalacico. Atonia uteri a seguito di taglio cesareo conservatore. Tratt. extraper. Madre morta al 5.° giorno per sepsis. (« Tageblatt der 61.° Naturforscher Versammlung in Köln. »)

LAWSON TAIT (Birmingham). L'ingresso della pelvi è ostruito da una prominenza del sacro. Tratt. extraper. Guarigione (« Two cases of amputation of the pregnant uterus. » *Brit. med. Journ.*, 1886, april 10, p. 694).

FRITSCH (Breslau). Atonia uteri a seguito di taglio cesareo conservatore. Tratt. extraper. col processo di Hegar-Fehling (*Volkmann's Samml. klin. Vorträge-Gynäkologie*, N. 98, p. 25-26).

GOTTSCHALK (Frankfurt a. M.) 13. IX. 1887. Madre guarita. (Comunicazione epistolare dell' Op. in data del 15. VI. 1888).

N. BOGOLJUBOFF (Kasan). Madre morta. (Risc. Sutugin, loco cit.).

(2) Pei 5 casi di gravidanza bigemina, onde semplificare il computo statistico, si è tenuto calcolo di un sol feto per ciascun caso.

Manuale operativo.

Avanti di assegnare il manuale operativo da preferirsi, reputo necessario di passare a disamina tutto quanto al riguardo fu esperito o proposto dai vari operatori; ed in ciò fare credo utile cominciare con l'esporre la tecnica seguita dal Porro nella sua prima operazione.

A travaglio già avviato, con l'aiuto della narcosi cloroformica, fu fatto il taglio delle pareti addominali sul decorso della linea alba e quello dell'utero in situ. Estratto il feto con le secondine e sgusciato la matrice dal ventre, venne applicata una robusta ansa metallica montata sul serranodi Cintrat attorno al cono cervico-uterino; e fattale prendere appoggio sopra dell'ovaio sinistro, affine di evitare che scivolasse in basso, si esercitò la costrizione della regione istmica fino ad ottenere la perfetta emostasi. L'utero con le ovaie venne amputato mercè robuste cesoie due cent. in sopra dell'ansa costrittrice, e il moncone fissato all'angolo inferiore della ferita addominale. Indi fu applicato un tubo a drenaggio nello spazio di Douglas, facendone passare i capi attraverso la vagina e l'angolo inferiore della ferita ventrale ed annodandoli al davanti del pube. Il tubo venne a stare a ridosso del moncone. Pulitura della cavità addominale e del peduncolo, che fu pennellato con percloruro di ferro; sutura attorcigliata delle pareti addominali mediante filo di argento. Il serranodi, lasciato in sito, fu stretto a più riprese e rimosso al quinto giorno con tutta la parte gangrenata del moncone; nel sito rimase un infundibulo profondo 3 cent., che andò man mano colmandosi di granulazioni fino a scomparire.

Il Porro, come ho detto, operò a soprapparto già avviato. Il Chiara invece fu il primo che diede l'esempio e suggerì di operare, il caso permettendolo, prima dell'inizio del travaglio (1). Furono dello stesso avviso del Chiara, Franzolini, Tibone, G. Veit, A. Simpson, Nicolini, Werth, Negri, P. Müller, Mangiagalli, Novi, Truzzi, Kirch, ecc., mentre

---

(1) « Fatti e commenti clinici. Tre casi di amputazione cesarea dell'utero. » *Ann. univers. di Med.*, novembre 1878, p. 396; « Ovaro-isterotomia cesarea, conferenza, ecc. » *Ann. di Ost.*, gennaio 1879; e nota al trattato di Cazeaux e Tarnier, 1883, p. 1005. — Qui cade in acconcio di rettificare l'inesattezza del Kleinwächter (loc. cit.) che attribuì a G. Veit la priorità della suddetta proposta.

se ne allontanò il Guzzoni degli Ancarani, il quale operò e consigliò di operare a dilatazione completa o quasi (1).

Il taglio delle pareti addominali fu fatto sempre sul decorso della linea alba, più esteso ne' casi in cui l'utero venne inciso fuori del ventre, meno in quelli in cui l'apertura della matrice fu praticata in situ: per l'ordinario l'incisione si fece arrivare a circa tre traversi di dito sopra dei pubi. Lucas-Championnière reputò invece più vantaggioso di mantenersi lontano dal pube con l'estremo inferiore dell'incisione in modo che, per esempio, l'ombelico venisse a trovarsi nel mezzo di essa; e ciò allo scopo di aprire l'utero su di un punto più elevato ed ottenere così un peduncolo più lungo e quindi meno soggetto agli stiramenti (2).

L'emostasi preventiva ad utero in sede fu operata mercè compressione manuale (casi di C. Braun, ecc.), ovvero costrizione elastica della zona cervicale, introducendo il tubo per l'angolo superiore della ferita e facendolo scorrere al di sopra del fondo dell'utero fino in corrispondenza della cervice (casi di Lawson Tait) (3).

La dieresi uterina nei primi tempi dell'operazione venne da tutti praticata in situ, allo stesso modo che nel taglio cesareo classico. Per fare l'incisione, invece del bisturì, il Chiara si servì del coltellino del Paquelin, affine di evitare l'emorragia concomitante (4); il Tarnier (13. VI. 1880) fece prima una bottoniera alla parete uterina col bisturì, e poscia introdotti nella breccia gl'indici dilacerò rapidamente il tessuto uterino allo scopo di guadagnar tempo (5). La direzione del taglio nella grande maggioranza de' casi fu verticale; una volta sola Godson (6) e Calderini (7) preferirono l'incisione in senso trasversale, Chiara e Negri (8) la fecero a foggia di un Y per non ledere la placenta inserita sul fondo dell'utero, Inverardi a T rovesciato per avere un peduncolo lungo (9).

---

(1) « Un'amputazione utero-ovarica cesarea, ecc. » *Gazz. degli Osped.*, 1886, p. 60 e seg.; e « Il taglio cesareo. » Riassunto di due conferenze. « Collez. ital. di letture sulla medicina. » Milano, 1887, p. 39.

(2) Risc. C. MAYGRIER, « Etude sur l'opération de Porro. » Paris, 1880, p. 20.

(3) BEUMER aveva già (11. IX. 1882) fatta la costrizione elastica allo stesso modo nel suo caso di operazione conservatrice (*Arch. für Gyn.*, Bd. XX. Hft 3, 1882).

(4) « Fatti e commenti clinici. » Loco cit., p. 413.

(5) *Bull. de la Soc. de Chir.*, 1879; e MAYGRIER, loco cit., p. 21.

(6) Loco cit.

(7) « Di alcune laparotomie. » *Ateneo medico parmense*, anno III, fasc. 1, 1889.

(8) « Chirurgia addominale. Una nuova interessante contribuzione. » *Ann. di Ost.*, 1886, p. 161.

(9) Loco cit.

Il feto venne estratto nel solito modo. Nel caso di Schwarz (3. VII. 1887) fu prima amputato e poscia aperto l'utero per estrarne il prodotto.

La placenta, se previa, venne scollata da un lato per permettere alla mano di arrivare sulle membrane, e, dopo la lacerazione di queste, di penetrare nel cavo uterino. Ad utero inciso in sede si dovè talune volte rimuovere la placenta anche quando non era capitata nell'ambito del taglio, affine di diminuire il volume dell'organo, e renderne in tal modo facile l'eventrazione. Ad utero sgusciato integro, spesso la placenta venne rimossa dopo la costrizione del cono cervico-uterino, cioè ad emostasi assicurata, ovvero lasciata in sede e portata via insieme con l'utero.

Una modifica molto importante nel tecnicismo dell'operazione Porro fu introdotta da P. Müller. In seguito ad un tentativo riuscito (4. II. 1878), l'ostetrico di Berna propose di aprire l'utero dopo averlo sgusciato dal ventre e dopo aver applicato attorno alla zona cervicale un cingolo costrittore. Duplice fu lo scopo del Müller nel fare questa proposta: 1.° di evitare ogni versamento di liquidi nel cavo addominale; 2.° di provvedere all'emostasi preventiva. A dire il vero, come del resto afferma lo stesso Müller, G. Rein di St. Petersburg aveva già fatta la proposta di applicare attorno all'istmo ad utero ancora integro un tubo di Esmarch, affine di ottenere l'emostasi profilattica (1); però agli aveva consigliato di mettere in atto il procedimento ad utero in sito. La pratica del Müller trovò dei fautori in Litzmann, Breisky, Fehling, ecc., mentre se ne dichiararono avversarii Tarnier, Calderini, Berruti, Lucas-Championnière, ecc. Boudon e recentemente Berlin vollero addirittura darle l'ostracismo. Fochier e Chiara la reputarono giustificata soltanto nei casi di putrefazione del contenuto uterino e di premorte del feto. Dai suoi primordi fin oggi la modifica Müller ha guadagnato sempre più terreno, al segno da essere usata quasi generalmente; lo stesso Sänger, che fu uno dei più tenaci oppositori di essa, vi ha ricorso in un caso (2) ed ha finito per accoglierla (3).

---

(1) Oltre la fonte bibliografica innanzi citata, si riscontri: « Sur la méthode opératoire de l'extirpation de l'utérus gravide. » Lettre écrite à M. le Prof. agrégé A. Pinard. *Ann. de Gyn.*, 1881, p. 130.

(2) Oper. in data del 4. XII. 1889.

(3) *Centralbl. f. Gynäk.*, 1891, N. 35.

Il Müller si era servito nel caso citato per ottenere l'emostasi profilattica di un' ansa metallica montata sul costrittore di Maisonneuve. Franzolini pel primo (operazione in data degli 11. IV. 1878) adoperò invece un tubo di gomma, affine di frenare l'imponente emorragia sorta dopo il taglio dell'utero (1). Litzmann e Fehling ricorsero del pari alla costrizione elastica come mezzo di emostasi preventiva. Anche Welponer, pur essendo favorevole alla proposta Müller, volle che vi fosse introdotta la modifica di fare la compressione provvisoria della cervice con un tubo elastico o mediante l'apparecchio di Esmarch, onde ovviare agli inconvenienti della costrizione metallica (2).

Affine poi di evitare il raffreddamento del peritoneo e la fuoriuscita delle anse intestinali, il Müller consigliò di premere, subito dopo l'eventrazione dell'utero, l'uno contro l'altro i margini della breccia addominale dietro della matrice, od anche meglio di recare in atto la proposta di G. Veit (3), consistente nella riunione definitiva della ferita addominale a partire dall'angolo superiore fino all'utero, subito dopo lo sgusciamento di questo e prima dell'applicazione del laccio elastico attorno all'itsmo. Furono anche proposte ed esperite: 1.° l'applicazione, sempre dopo lo sgusciamento dell'utero, di punti di sutura da servire prima al semplice ravvicinamento dei margini della suddetta parte della ferita ventrale, e poscia alla loro riunione definitiva; 2.° l'applicazione di punti di sutura destinati alla chiusura provvisoria od anche permanente della breccia addominale avanti l'eventrazione dell'utero. Anche incidendo l'utero in situ, si fece da alcuni (Chiara e discepoli), la chiusura della parte superiore della ferita ventrale subito dopo lo sgusciamento dell'organo, mercè punti passati in antecedenza, cioè prima di procedere alla dieresi uterina.

La costrizione definitiva del cono cervico uterino è stata fatta nei modi più svariati:

1.° con filo metallico (di ferro, argento, platino), o in *in toto* con unica o doppia ansa metallica montate sui diversi modelli del serranodi (Cintrat, Köberle, Pean, Maisonneuve, ecc.), ovvero *segmentata*. Il doppio

---

(1) « Contributo alla ovariotomia e alla laparo-isterotomia in Italia. » *Giornale veneto delle scienze mediche*, febbraio 1879.

(2) « Contribuzione allo studio della ovaro-isterotomia cesarea. » *Lo Sperimentale*, 1879, p. 624.

(3) *Zeitschr. für Geburtsh. u. Gynäk.*, 1880, p. 256-64.

filo fu passato con l'ago del Pean, ovvero attraverso la cannula di un trequarti (Chiara), ovvero si adoperarono due fili metallici fusi insieme ed appuntati ad una delle loro estremità (A. Guichard);

2.° per mezzo dell'écraseur di Chassaignac e sue modificazioni (Pean, Billroth, ecc.). Späth fu il primo a servirsi di questo strumento, fondandosi sul principio che la catena dell'écraseur scivola meno del filo di ferro (1). In seguito l'adoperarono C. Braun, Wasseige, Chiara (2), G. Braun, Fasola, ecc.... Vorstädter (3) ideò un meccanismo speciale da permettere al circuito della catena di tener dietro alla riduzione progressiva del peduncolo. Wasseige, poi, affine di evitare la lacerazione de' tessuti e la consecutiva emorragia avutasi con l'uso dello schiacciatore (caso di C. Braun e proprio), fece costruire un nuovo costrittore in cui l'ansa comprimente è fatta da una spirale di acciaio molto sottile, della larghezza di 1 cent., lunga 50 cent., impromettendosi da questo strumento i seguenti vantaggi: *a*) costrizione su di una larga estensione; *b*) azione dolce e diretta; *c*) sensazione più netta della forza impiegata e della resistenza dei tessuti (4);

3.° mercè clamp di varia foggia (Spencer Wells, Thomas, Lawson Tait, ecc.);

4.° mediante tourniquet Foulis (caso di Carmichael);

5.° con filo di seta in toto (mediante unica o duplice ansa, o con più giri di un sol cordoncino), ovvero segmentata;

6.° con filo metallico e nello stesso tempo con filo di seta o di catgut;

7.° con una corda di violoncello (Omboni);

8.° con laccio elastico. Il Rein, che aveva consigliato la costrizione elastica come mezzo di emostasi provvisoria, era stato anche di avviso che si potesse, come nell'ovariotomia, lasciare in sito il tubo elastico per fare la costrizione definitiva, impedendone lo scivolamento per

---

(1) « Erfahrungen über Sectio caesarea. » *Wien. med. Woch.*, 1878, N. 4.

(2) « Casistica — Contributo alla tecnica dell'ovario-isterectomia comune e di quella cesarea. » *Ann. di Ost.*, 1885, p. 290 e seg. L'A. dava anche la figura dello schiacciatore da lui usato.

(3) *Wien. med. Woch.*, 1878, N. 1, p. 10.

(4) « Deuxième observation d'opération césarienne suivie de l'amputation utéro-ovarique et description d'un nouveau constricteur. » *Bull. de l'Acad. roy. de med. de Belgique*, Bruxelles, 1878, Tom. XII, p. 758-71; e *Ann. de la Soc. méd.-chir. de Liège*, 1879, Tom. XVIII, p. 17-28.

mezzo di due aste di acciaio applicate al di sopra di esso. Spetta però al Franzolini la priorità dell'applicazione del laccio elastico come mezzo di emostasi definitiva in caso di operazione Porro. Nella sua operazione degli 11 aprile 1878 di sopra menzionata, quest'operatore, esciso utero ed ovaie, senza sostituire il laccio elastico con altro mezzo di struttura definitiva, fissava il moncone all'angolo inferiore della ferita addominale, lasciando pendere al di fuori i due estremi del laccio. Laroyenne, di Lione (1), si serviva del pari del laccio elastico per ottenere la emostasi permanente. Ma quegli che primo adoperò la costrizione elastica definitiva deliberatamente e v' insistè sopra, fu il prof. Tibone (2). Nella sua operazione del 2 dicembre 1880, il Tibone attraversava le pareti uterine alquanto al di sopra dell' orificio interno, dall' indietro all' innanzi, con l'ago a lancia del Kaltenbach fornito di un robusto cordone addoppiato di gomma elastica, mediante il quale segmentò il peduncolo in due porzioni, e reciso il tubo elastico ne annodò i rispettivi capi sulla parte esterna del moncone, avendoli previamente stirati ed accavallati in modo da invertire la direzione degli estremi dei cordoni; nel punto dell' accavallatura venne posto un robusto filo di seta più volte annodato. L' operatore, dopo di aver fatto rilevare con grande maestria i vantaggi della costrizione elastica sulla metallica, quali la sicurezza nell' azione, la continuità nella costrizione, la speditezza nell' applicazione, ecc., così conchiudeva al riguardo: « l' atto operativo verrebbe ridotto a maggiore semplificazione e reso ancora più spedito, se si omettesse di trafiggere l' utero e si venisse ad abbracciare il segmento inferiore dell' utero nello stesso cingolo; il quale si potrebbe scegliere, ove si dubitasse sulla resistenza, d' un più forte diametro, od anche

---

(1) Risc. le tavole del Godson. *Brit. med. Journ.*, 1885, Jan. 17.

(2) « Di una ovaro-isterectomia cesarea per distocia pelvica da osteomal. e l' istituto clinico-ostetr. di Torino. » *Ann. di Ost., ecc.*, 1881, p. 80 e seg.; e nota al manuale di Ostetricia di Schröder, trad. ital. Milano, 1883, p. 362-63. — Il Tibone faceva così giovare l' operazione Porro delle conquiste della ginecologia. È noto, infatti, come nel trattamento dei miofibromi uterini il Kleeberg, di Odessa, avesse già (8 luglio 1876), tratto profitto dall'elasticità del caoutchouch e dal modo costante con cui esso assicura la costrizione per legare il moncone uterino in modo prima provvisorio e poscia definitivo, sostituendo così la costrizione elastica alla metallica adoperata fin allora da Köberle e da Pean. (*St. Petersb. med. Woch.*, 24 sept. e 6 oct. 1877). Hegar, poi, aveva già elevato a metodo generale la legatura elastica definitiva nell'amputazione sopra-vaginale dell'utero miomatoso (« Dorff, Beitrag zur Technik und Nachbehandlung der Amputatio uteri supravaginalis bei Fibromen. » *Centralbl. f. Gyn.*, 1880, N. 12).

usare addoppiato, di guisa che tutto l'apparecchio per lo strozzamento si ridurrebbe ad un laccio elastico. » P. Müller senza aver cognizione, a quanto pare, dell'interessante pubblicazione del nostro Tibone, fondandosi su per giù sulle istesse ragioni da questi addotte, giungeva alla identica conclusione, di doversi, cioè, preferire la costrizione con laccio elastico alla metallica (1); del pari fautore della costrizione elastica è stato il Fehling, il quale ha molto contribuito con le sue pubblicazioni (2) a diffonderne l'uso. Anche Mangiagalli, cui non era sfuggito il caso del Tibone, si pronunziava favorevolmente all'impiego della costrizione elastica (3).

Vi sono stati degli operatori (C. Braun ed altri), che oltre a fare la legatura del peduncolo con laccio elastico, hanno praticato anche l'allacciatura dei ligamenti larghi.

Fatta la costrizione del cono cervico-uterino, gli operatori, per escidere tutta la porzione dell'utero situata al di sopra della strettura non che gli annessi, si sono serviti di un bisturì o di cesoie; Hegar ha adoperato l'écraseur; Peruzzi e C. Braun il termocauterio del Paquelin.

Nella maggioranza de' casi si operò la fissazione del moncone all'angolo inferiore della ferita addominale (trattamento extraperitoneale). All'uopo si praticò:

1.° la trasfissione del moncone con unico ago (ago Pean, ago da materassaio, spillo da agopressura, ago a lancia del Kaltenbach (4), ago invaginato-alato del Berruti (5), ago di Petit, ecc.); o con due aghi disposti a croce. L'ago venne applicato talvolta sopra, talvolta sotto l'ansa costrittrice, o fra due anse costrittrici, ovvero infine attraverso l'ansa

---

(1) « Der moderne Kaiserschnitt, seine Berechtigung u. seine Stellung unter den geburtshülflichen Operationen. » Berlin, 1882, p. 45.

(2) « Ueber neuere Kaiserschnitt-Methoden. » *Volkmann's Sammlung klinischer Vorträge*, 1884, e « Die geburtshülflichen Operationen » in: *Müller's Handbuch der Geburtshülfe*, Bd. III, p. 206, 1889.

(3) « Le più recenti modificazioni del taglio cesareo. » Loco cit., 1883, p. 718.

(4) Questo ago venne adoperato in caso di operazione Porro la prima volta dal Tibone (vedi innanzi), il quale fu anche quegli che lo introdusse e lo fece conoscere in Italia. Si riscontri per la descrizione e figura dello strumento la prelodata memoria del Tibone a pag. 81.

(5) La descrizione e la figura di questo ago furono dati dal BERRUTI nel suo lavoro: « Contributo allo studio della istero-ovariotomia cesarea. » *Giorn. intern. delle sc. med.*, 1880, p. 1102. L'unica volta in cui questo strumento venne adoperato fu, se non vado errato, l'operazione del Franzolini in data del 17. VI. 1883. (Vedi MANGIAGALLI, loco cit. 1883, p. 638).

costrittrice (tubo elastico) ed il peduncolo contemporaneamente (Lawson Tait); e quando si adoperarono due aghi, o furono passati al di sotto dell' unica ansa, ovvero uno fra le anse costrittrici ed uno al di sopra dell' ansa superiore (Lucas-Championnière), ovvero attraverso l'ansa costrittrice. Sono stati usati aghi di ferro, di acciaio, di argento con punta di acciaio, ecc.;

2.° la trasfissione del moncone e delle pareti addominali con lo stesso ago al di sotto dell' ansa costrittrice, facendo poi con un robusto cordoncino di seta alcuni giri a cifra 8 (Mangiagalli);

3.° l' assicurazione alle pareti addominali mediante due o più punti di cucitura con filo di seta, catgut, argento. C. Braun a principio passava in direzione sagittale nel mezzo del peduncolo un cordoncino di seta a doppio, che divideva in due e ne incrociava i capi annodandoli sui lati, dopo di averli condotti attraverso l'intero spessore delle pareti addominali (suspensionnaht = sutura a sospensione). Ma negli ultimi tempi, a causa degli inconvenienti di questo processo (facile gangrena delle pareti addominali, aumento in circonferenza dell'infundibulo, ecc.), lo modificò in guisa da comprendere soltanto il peritoneo e la fascia nella sutura anzidetta, che considerò come sutura perduta, ottenendone, a guarigione completa, una cicatrice meno ampia e più solida (1). Pei casi, poi, in cui la cervice fosse divenuta ricetto di microrganismi, H. Peters, assistente del prof. G. Braun — fondandosi sul caso di questo operatore (N. 288) (2), nel quale la sutura a sospensione fatta passando le legature attraverso il canale cervicale, fu l' origine della peritonite — propose di applicare le due suture in maniera, o da annodarle semplicemente al laccio elastico, ovvero da passarle due volte per lato attraverso il laccio elastico e gli strati del moncone, senza però farle penetrare nel lume della cervice, e poscia, tanto nell'un caso che nell' altro, attraverso tutto lo spessore delle pareti addominali (3). Con questa modifica operarono i loro casi negli ultimi tempi G. Braun, Weiss e Koffer.

---

(1) E. v. Braun u. Herzfeld, loco cit., p. 127.

(2) Questo caso fu attribuito da me a Peters, ma appartiene invece a G. Braun, e deve portare la data del 29. VIII. 1888, come ho potuto rilevare dalla comunic. epist. cit. del dott. Koffer.

(3) Comunic. dell'A. alla Soc. Ost. Gin. di Vienna, tornata del 6. XI. 1888, loco cit.

Dapprincipio, sull'esempio del Porro, non venne fatta una speciale sutura del peritoneo delle pareti addominali con quello del peduncolo. Qualche punto di sutura siero-sierosa fu dato dal Chiara nella sua operazione in data del 28 agosto 1879. Si deve ad Hegar di aver consigliata e praticata sistematicamente nel trattamento del peduncolo nei casi di amputazione sopravaginale dell'utero miomatoso, ed anche in quelli di operazione Porro, la sutura al di sotto del laccio elastico del peritoneo parietale col viscerale del moncone, allo scopo d'isolare affatto la cavità addominale (1). Mangiagalli, non solo nell'intento di fissare il peduncolo all'esterno, ma anche per ottenere un più perfetto combaciamento delle due sierose e quindi un più pronto coalito, attraversò, come ho detto, con lo stesso ago moncone e pareti addominali, facendo poi con un robusto cordoncino di seta dei giri a cifra 8. Tibone nel caso citato ebbe anche in mira di riunire le superficie sierose, e si pronunziò a favore della sutura siero-sierosa tutto all'ingiro del moncone, mercè punti staccati con filo di catgut (2). Il processo di Hegar fu volgarizzato specialmente dal Fehling, ai lavori del quale dianzi citati tolgo a prestito lo schema qui annesso (Fig. 1); e ben presto venne adottato dalla

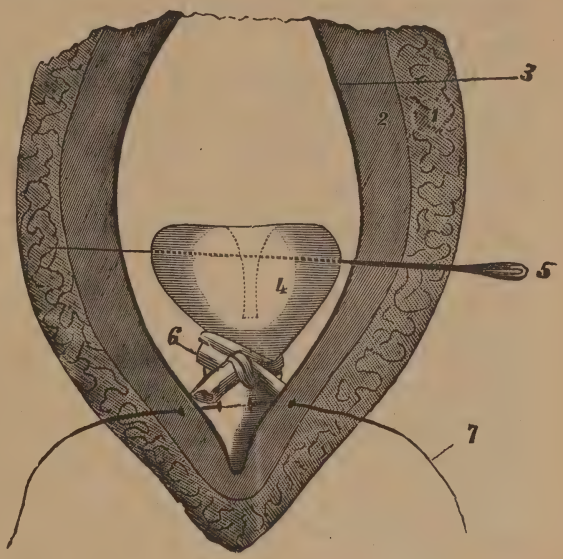


Fig. 1. - Trattamento extraperitoneale del peduncolo col processo di Hegar. (Disegno schematico).

1. Pelle e tessuto adiposo sotto-cutaneo. — 2. Strato muscolare. — 3. Peritoneo. — 4. Peduncolo. — 5. Ago per la fissazione del peduncolo. — 6. Laccio elastico. — 7. Sutura siero-sierosa.

(1) Dorff, loco cit., e Kasprzik, « Beitrag zur Behandlung des Stumpfes bei der Amputatio uteri supravaginalis. » *Centralbl. für Gynäk.*, 1881, N. 11.

(2) Loco cit., p. 83.

maggioranza degli operatori. Non vi fece giammai ricorso il Breisky, come fa notare il Piskacek (1). Altri operatori, invece di fare la sutura siero-sierosa a punti staccati, come Hegar e Fehling, l'hanno praticata a punto continuo con catgut. — Allorquando poi non riuscì di suturare il peritoneo parietale con l'uterino in sotto del laccio elastico, venne cucito al di sopra. Per rendere infine facile la sutura siero-sierosa al di sotto del laccio, Leopold in due casi cuciva prima le due pagine peritoneali, e poscia applicava in sopra della fatta sutura il laccio elastico (2).

Porro aveva pennellato il moncone con percloruro di ferro. Wasseige, Fochier, Litzmann, Simpson, Oppenheimer, ecc., lo cauterizzarono col cauterio del Paquelin; Parona, P. Müller, Calderini, ecc., con acido fenico in sostanza; Carlo Braun applicovvi sopra dei sacchetti bituminosi; Wasseige e C. Braun pennellarono il peduncolo con soluzione di cloruro di zinco all'8 0[0. Ma fu Hegar che, affine di scongiurare l'inconveniente della decomposizione putrida del peduncolo ed ottenerne la mummificazione, consigliò (3) il trattamento al cloruro di zinco, consistente nel pennellare le superficie di taglio delle pareti addominali adiacenti al peduncolo con soluzione di cloruro di zinco (10 0[0), e nel riempire la doccia peri-peduncolare con batuffoli di ovatta immersi in una soluzione più debole (2 0[0) dello stesso caustico e bene spremuti. Questa medicatura avrebbe dovuto rinnovarsi ogni qualvolta fosse diventata umida. Il trattamento del picciuolo al cloruro di zinco fu adottato da parecchi, ma venne abbandonato a causa dei suoi inconvenienti, quali di produrre escare troppo estese ed emorragie capillari, di riuscire doloroso, di doversi troppo spesso rinnovare. Werth, invece del cloruro di zinco, adoperò il benzoato di soda, dicendolo dotato di sufficiente potere antisettico e di un grado considerevole di solubilità da esser atto ad impregnare l'intera massa dei tessuti destinata ad eliminarsi, in guisa da render questa incapace a putrefare (4); Bayer consigliò l'acido

---

(1) Loco cit.

(2) MUENCHMEYER, loco cit.

(3) DORFF, loco cit.

(4) *Arch. f. Gynäk.*, Bd. XVIII, Hft. 2; e NIERHOFF, loco cit., p. 25.

salicilico (1); altri, sull'esempio di Kaltenbach, usarono un miscuglio di acido salicilico (1 p.) ed acido tannico (3 p.); E. Braun, Späth, Dejace, Fehling, ecc., il jodoformio; Breisky il gesso con l'aggiunta di olio di cade (calcar. sulfur. anhydr. 100: olei cadini 15,0 (2); Leopold un miscuglio di tannino e salolo (3); ecc.

La maggioranza degli operatori, che si servirono del costrittore Cintrat o dell'écraseur, ottenuta che ebbero l'emostasi, lo rimossero seduta stante; coloro che tennero la condotta opposta si preoccuparono di un'eventuale emorragia, e si servirono dello strumento per accelerare la caduta del moncone mercè nuovi giri di vite o nuovi passi di catena.

Il Porro nella prima operazione applicava il drenaggio addomino-vaginale, passandolo attraverso lo spazio di Douglas. Questa pratica fu seguita da Inzani, Previtali, Perolio, Heusner, ecc. Altri operatori hanno praticato il drenaggio addominale, facendo pescare il tubo nel cul di sacco di Douglas (Späth, Chiara, Müller, Wasseige, ecc.) o nel cul di sacco vescico-uterino (C. Braun, Litzmann), o sui lati del bacino verso la regione dei lombi (Späth, Breisky, ecc.). Schmalfuss, poi, prendendo le mosse dal caso di Hegar (25. XII. 1883) descrisse e raccomandò uno speciale drenaggio che, passato attraverso il lume cervico-uterino del peduncolo fin sotto la legatura elastica, doveva servire all'interna disinfezione del moncone (drenaggio cervicale) (4). Col suo uso, a dire dell'A., sarebbe stato possibile di evitare gli accidenti gravi provenienti dall'infezione preesistente del peduncolo nei casi in cui avessero avuto luogo dei tentativi per espletare il parto per *vias naturales* seguiti da lesione più o meno considerevole dei tessuti, come nel citato caso di Hegar. La pratica del drenaggio per lo più fu esperita immediatamente dopo l'operazione (drenaggio primitivo); qualche volta dopo un tempo più o meno lungo dal momento dell'operazione (drenaggio secondario) in seguito alla manifestazione di sintomi infeziosi. Anche qui il modo di applicare il drain fu vario: nel caso di Hegar (28. III. 1887) fu messo un

---

(1) *Arch. f. Gynäk.*, Bd. XVIII, Hft. 3.

(2) Piskacek, loco cit.

(3) Muenchmeyer, loco cit.

(4) « Eine Verbesserung für bestimmte Fälle der Porro'schen Operation. » *Centralbl. für Gynäk.*, 1884, N. 14.

doppio tubo di gomma attraverso la ferita ventrale nella tasca del Douglas ed uno per parte verso i lombi; in quelli di Prochownick (21. IV. 1881) e di Novi (23. VII. 1884) si praticò la fognatura addomino-vaginale, ecc. Da alcuni venne adoperato come drenaggio un tubo di gomma o di vetro, da altri (Kehrer (1) Sänger) (2) un tubo di vetro ripieno di una sostanza idrofila, come ovatta, garza (drenaggio capillare di Hegar (3), o combinato). Nel periodo iniziale dell'operazione si ricorse con molta frequenza alla pratica del drenaggio primitivo, e non solo nei casi con condizioni decisamente sfavorevoli, quanto in quelli con condizioni affatto prospere. (Nei primi 50 casi della tabella del Godson trovasi registrato una 20.ª di volte). Ma ben presto si manifestò una corrente avversa all'uso del drenaggio, per cui esso andò man mano perdendo terreno, e ciò a seguito dell'applicazione rigorosa delle cautele antisettiche e delle modifiche nel tecnicismo operativo tendenti ad evitare i versamenti peritoneali. E tale reazione contro la fognatura preventiva dell'addome andò tanto oltre che la si volle interamente proscritta dalla tecnica dell' operazione Porro, poggiandosi sui numerosi successi ottenuti senza l' uso del drenaggio. Fra le due condotte diametralmente opposte il Berruti (4) prima e poi il Truzzi (5), il Tansini (6), il Guzzoni (7) si studiarono di tenere una via di mezzo, qualificando l' uso della fognatura preventiva per tutti i casi come una pratica dannosa, ed invece come una risorsa preziosa per quelli in cui si prevedano o sieno gia insorte complicazioni nel decorso clinico dell'operata (versamento nel cavo peritoneale; minaccia di peritonite, o peritonite già in atto; allorchè il feto venne estratto putrefatto; quando non si sia contenti dell' antisepsi fatta).

---

(1) Godson. *Brit. med. Journ.*, 1884, Jan. 26. Caso 136.° della tabella.

(2) « Ueber Drainage der Banchhöle bei Laparotomien. » *Deutsch. med. Woch.*, 1891, N. 4.

(3) È noto che Hegar ebbe la felice idea di mettere a profitto il potere assorbente dell' ovatta a fine di prosciugare per capillarità i secreti peritoneali, ed inoltre di associare il drenaggio capillare col drenaggio fatto di un tubo di vetro o di gomma indurita, adoperando questi tubi soltanto come conduttori (Kaltenbach, *Tagebl. d. Naturforscher Versamml. zu Salzburg*, Sept. 1881; e Hegar u. Kaltenbach, « Oper. Gynäk., » II, Auflage 1881, p. 264-65).

(4) Loco cit.

(5) « Sull'operazione Porro, ecc. »

(6) *Gazz. med. ital. lomb.*, N. 44, p. 445.

(7) « Il taglio cesareo, ecc., » p. 36-37.

Dopo il distacco necrotico del moncone da alcuni venne fatto il raschiamento dell' infundibulo granuleggiante e la sutura delle pareti del medesimo. Il Bona di Biella, come fa notare il Truzzi (1), fu il primo ad usare utilmente il detto procedimento; il Bona, però, in ciò era stato preceduto dal Guzzoni degli Ancarani, ma questi si era limitato al semplice raschiamento (2). Fehling comunicò alla 2.ª riunione della società ginecologica tedesca (3) di aver egli raschiato circa in 14.ª giornata le granulazioni dell'imbuto e di averlo suturato (sutura secondaria di Kocher), ottenendo pronta guarigione *per primam.* Posteriormente lo stesso A. si serviva su vasta scala di questa pratica, come appare dalla pubblicazione di A. Büchel (4). Wassily Sutugin propose lo stesso processo dopo averlo trovato opportuno nel suo caso del 3. IX. 1888, allo scopo di accelerare la guarigione delle operate ed ottenere nell' istesso tempo una cicatrice più regolare e più solida (5).

(*Continua*).

---

(1) *Annali di Ost.*, 1890, p. 337.

(2) *Gazzetta degli Ospitali*, Milano, 1886.

(3) « Verhandl. d. zweiten. Versamml. d. deutsch. Gesellschaft f. Gynäk. abgehalt. zu Halle in Mai 1888. » Leipzig, 1888.

(4) « Beiträge zur operativen Behandlung der Uterusmyome. » Inaug. Diss. Basel, 1890.

(5) *Centralbl. für Gynäk.*, 1889, p. 867.

SOCIETÀ ITALIANA

DI

OSTETRICIA E GINECOLOGIA

L'opera solerte del prof. Pasquali di Roma, efficacemente coadiuvata dal suo aiuto dott. Tomassoni, diretta a ricostituire una Società Italiana di Ostetricia e Ginecologia, fu coronata da felicissimo successo, e l'idea è ormai passata nel novero dei fatti compiuti. Circa ottanta hanno dato la loro adesione, e trent'uno di questi con 25 delegazioni convennero in Roma il 22 novembre p. p., per discutere ed approvare lo Statuto ed il Regolamento. E la prima adunanza fu veramente una degna manifestazione di quella concordia che deve tutti unirci nell'auspicare e nel preparare una splendida riuscita del prossimo Congresso internazionale. Quando il prof. Senatore Edoardo Porro sorse con alte e nobili parole a salutare il prof. Chiara, ridonato alla scienza ed all'insegnamento dopo lunga malattia e a proporre la sua acclamazione a Presidente Onorario (il prof. Pasquali era stato nominato Presidente effettivo della riunione), risuonò per la sala un così entusiastico applauso e corse un fremito di commozione così sincero ed intenso fra i convenuti, che la dimostrazione riuscì non soltanto un caldo omaggio di stima, ma una rivendicazione solenne di diritti disconosciuti.

Ecco l'elenco dei Soci intervenuti e di quelli rappresentati con regolare delegazione:

Soci intervenuti.

Prof. Edoardo Porro — Milano
Prof. Luigi Mangiagalli — Milano
Prof. Guzzoni degli Ancarani — Cagliari
Prof. Ernesto Pestalozza — Genova
Dott. Innocente Clivio — Pavia
Dott. Alessandro Peri — Firenze
Dott. Vincenzo Cordaro — Firenze
Dott. Valente Trettenero — Firenze
Dott. Giuseppe Coen — Livorno

Dott. Francesco Landucci — Arezzo
Dott. Felice La Torre — Roma
Prof. Ercole Pasquali — Roma
Dott. Cesare Marveca — Roma
Dott. Giovanni Piccinini — Roma
Dott. Tullio Rossi-Doria — Roma
Dott. Alessandro Regnoli — Roma
Dott. F. S. Rocchi — Roma
Dott. G. E. Curatulo — Roma
Dott. Giovanni Tomassoni — Roma
Prof. Giovanni Inverardi — Firenze
Prof. Giovanni Calderini — Firenze
Prof. Ottavio Morisani — Napoli
Prof. Domenico Chiara — Firenze
Prof. C. Federico Fabbri — Modena
Prof. Paolo Negri — Venezia
Prof. Luigi Acconci — Padova
Dott. Giovanni Piccoli — Napoli
Dott. Giovanni Miranda — Napoli
Dott. Girolamo Piretti — Napoli
Prof. Giuseppe Chiarleoni — Catania
Dott. Arturo Bompiani — Roma.

Soci rappresentati con regolare delegazione.

Prof. Cuzzi — Pavia (Pestalozza)
Dott. Gavino Manca — Sassari (Tomassoni)
Dott. L. M. Bossi — Genova "
Prof. G. N. Simula — Sassari "
Dott. B. Virzi — Palermo "
Dott. Gino Gelli — Firenze "
Dott. A. Coniglione — Catania "
Dott. M. Mauri — Spezia (Mangiagalli)
Dott. C. Decio — Milano "
Dott. Sangregorio — Milano "
Dott. L. Bordè — Bologna (Guzzoni)
Dott. G. Resinelli — Pavia (Clivio)
Dott. B. Pozzoli — Parma (Calderini)
Dott. U. Marzorati — Parma "
Dott. A. Bertazzoli — Milano (Porro)
Dott. F. Villa — Milano "
Dott. Roncaglia — Modena (Fabbri)
Prof. Tibone — Torino (Inverardi)
Dott. Ferruta — Firenze "
Dott. Santomauro — Firenze "
Prof. E. Truzzi — Novara (Pasquali)
Prof. E. Casati — Ferrara "
Prof. E. Pinzani — Bologna "
Dott. F. Caruso — Napoli (Morisani)
Dott. V. Lauro — Napoli "

Crediamo utile riportare in questo giornale *in extenso* lo Statuto ed il Regolamento approvati nelle adunanze che la Società tenne il 22, 23, 24 novembre:

STATUTO

Art. 1. — Si è costituita in Italia una società scientifica, che ha assunto il nome di *Società italiana di Ostetricia e Ginecologia.*

Art. 2. — Scopo della Società è di promuovere con tutti i mezzi, dei quali potrà disporre, il maggiore incremento degli studi ostetrici e ginecologici in Italia.

Essa quindi si propone: di coordinare i molteplici lavori che si compiono negli speciali centri scientifici della Nazione, e di procurarne la maggiore e più efficace diffusione e notorietà; di attivare un largo scambio di idee fra i cultori di queste discipline; d'incoraggiare ogni impresa scientifica, che possa riuscire di lustro a questa speciale branca di studio.

Art. 3. — La Società stabilisce la sua sede in Roma.

Art. 4. — La Società è composta da soci *promotori*, soci *fondatori*, soci *ordinari* e soci *corrispondenti*.

Possono essere *soci ordinari* tutti i medici-chirurghi laureati e dimoranti in Italia, che dedicandosi agli studi di ostetricia e ginecologia, accettano le disposizioni dello Statuto e Regolamento della Società.

Sono soci *fondatori* tutti coloro che avendo i titoli per essere *soci ordinari* firmeranno lo Statuto-Regolamento nell'atto in cui la Società si costituisce.

Conserveranno il nome di *soci promotori* quei professori che sono o che furono rivestiti della carica di insegnante ufficiale di Ostetricia e Ginecologia, in qualcuno degli Istituti d' insegnamento del Regno, e che stabilirono di riunirsi in 1.° nucleo di soci, per la costituzione della Società.

Potranno essere *soci corrispondenti* tutti i medici-chirurghi, a qualunque nazione appartengano, che dedicatisi a questa speciale branca di studi, non avranno stabile, ordinaria dimora in Italia.

La nomina dei soci ordinari e corrispondenti verrà regolata con i criteri che saranno stabiliti in speciale capitolo del Regolamento.

Art. 5. — La Società estrinseca la sua vita mediante Congressi annuali, da tenersi in via ordinaria nella sua sede in epoca opportuna. Rende noti i suoi studi ed i suoi lavori con speciale pubblicazione degli *Atti della Società.*

Le sedute scientifiche sono presiedute da una *Commissione* detta di *Presidenza,* la quale è composta da un Presidente, 2 Vice Presidenti e 2 Segretari. Il Presidente dirige le discussioni, curando l' osservanza dello speciale Regolamento. La pubblicazione degli *Atti della Società* è affidata ad una *Commissione per la stampa,*

Art. 6. — La Società è moralmente e legalmente rappresentata nella sua sede da una *Commissione permanente esecutiva,* i cui membri abbiano stabile dimora in Roma, e che viene costituita da un *Presidente* un *Vice-presidente cassiere,* ed un *Segretario.*

Art. 7. — Il patrimonio della Società è costituito dalle tasse di ammissione ed annuali dei soci, e da qualunque altra sorgente economica che potesse essere escogitata.

Art. 8. — Con speciale Regolamento saranno determinate tutte quelle disposizioni che valgano a meglio esplicare i concetti fondamentali, ai quali è inspirato il presente Statuto sociale.

Art. 9. — Non potranno esser portate modificazioni al presente Statuto e relativo Regolamento se non vengono proposte almeno da 10 soci ed approvate dalla maggioranza.

Art. 10. — Lo scioglimento della Società potrà essere decretato dai due terzi dei Soci effettivi. Nella stessa seduta si deciderà della destinazione di tutto quanto costituisce il patrimonio economico della Società.

REGOLAMENTO

Atti della Società.

Art. 1. — La Società si aduna di regola ogni anno a Congresso ordinario in Roma, nell'epoca che volta per volta verrà stabilita nell'ultima seduta del Congresso precedente.

Art. 2. — Gli argomenti che saranno trattati nel Congresso annuale debbono essere esclusivamente scientifici, e riguardare studi e questioni attinenti alla Ostetricia e Ginecologia.

Art. 3. — Nell'ultima seduta di ogni Congresso la Società stabilisce una o più Tesi speciali, che dovranno formare argomento di studio nel Congresso annuale successivo: nomina contemporaneamente 2 o più relatori che si occupino durante l'anno della speciale questione sotto i varii punti di vista, e redigano una relazione, le cui conclusioni saranno rimesse alla *Commissione permanente* un mese innanzi all'epoca, in cui dovrà riunirsi il nuovo Congresso.

Art. 4. — Oltre la tesi speciale, di cui all'articolo precedente, formeranno materia di studio e di discussione nelle sedute del Congresso, tutti quei lavori, dei quali gli autori avranno rimesso il titolo alla *Commissione permanente,* un mese prima della riunione del Congresso. Potranno anche essere fatte comunicazioni non precedentemente annunciate, ma soltanto dopo che sono stati esauriti gli argomenti già prestabiliti nel programma del Congresso, e dopo avere ottenuto il permesso dall'Ufficio di presidenza.

Art. 5. — È data facoltà a tutti i soci di esporre lavori appartenenti a non soci, purchè si uniformino completamente alle norme stabilite nel precedente articolo.

Art. 6. — La Società ha per organo ufficiale gli « *Atti della Società Italiana di Ostetricia e Ginecologia* » che pubblica per suo conto.

Adunanze della Società.

Art. 7. — Oltre la tornata ordinaria, della quale è parola all'art. 1.° del Regolamento, la Società potrà essere straordinariamente convocata quante volte per forti ragioni la *Commissione permanente* lo credesse opportuno, o quando da 10 soci almeno, ne venisse fatta domanda.

Art. 8. — Alla prima seduta di ogni adunanza ordinaria annuale la *Commissione permanente* fa il resoconto morale della Società per l'esercizio decorso, dà conto delle varie deliberazioni prese, delle

proposte che sono pervenute alla Commissione stessa e di quanto altro si riferisce alle sue attribuzioni; dà notizia delle domande ricevute per nuovi soci, informa sui titoli dei vari candidati, e promuove le votazioni di ammissione come all'art. 27. Infine, dopo aver esposto il bilancio economico, invita l'Assemblea a volere nominare l'Ufficio di Presidenza per le sedute scientifiche, che sarà composto come all'articolo 5 dello Statuto, e nominato a maggioranza di voti.

Art. 9. — È annesso al presente Regolamento generale un Regolamento speciale, che stabilisce le norme da seguire nella esposizione dei vari lavori scientifici e nelle relative discussioni. La *Commissione permanente* è invitata a redigere e presentare per la ventura adunanza il progetto di questo Regolamento speciale.

Art. 10. — L'Ufficio di Presidenza, appena installato, invita l'Assemblea a votare il bilancio economico esposto dalla *Commissione permanente*. Indi apre i lavori scientifici, dirigendone le discussioni; dopo avere esaurito il programma del Congresso, ed avere permessa l'esposizione di quelle comunicazioni che furono accettate, come all'art. 4, prende in esame le possibili proposte che gli furono comunicate dalla *Commissione permanente*, nelle quali è impegnato il carattere morale della Società, apre su queste la discussione e promuove le deliberazioni in proposito. In una delle sedute fa fare la nomina dei 2 membri della *Commissione per la stampa*, che saranno eletti a schede segrete; e negli anni in cui deve essere rinnovata la *Commissione permanente esecutiva*, fa procedere anche a questa votazione. In fine l'Assemblea si pronuncierà sull'epoca, nella quale dovrà essere tenuta la successiva adunanza annuale.

Commissione permanente esecutiva.

SUA NOMINA ED ATTRIBUZIONI — SERVIZIO DI CASSA.

Art. 11. — Appena la Società si è costituita, nomina a schede segrete ed a maggioranza di voti dei presenti, una *Commissione permanente esecutiva*, la quale sarà composta come all'art. 6 dello Statuto. Negli anni successivi, la nomina sarà fatta dopo l'esaurimento del programma scientifico, come all'articolo precedente.

Art. 12. — Questa Commissione che ha sede in Roma sarà in ufficio 3 anni, trascorsi i quali, l'Assemblea passa alla nomina di una nuova *Commissione*; tutti i membri della precedente potranno essere rieletti.

Art. 13. — Detta Commissione ha la rappresentanza morale e materiale della Società. Eseguisce tutte le deliberazioni che saranno prese dalle Assemblee sociali, invigila all'osservanza dello Statuto e Regolamento, ordina il materiale per le adunanze annuali, tiene le corrispondenze con i soci, con gli istituti scientifici, colle autorità, fa eseguire la stampa degli *Atti della Società* a seconda delle deliberazioni della *Commissione per la stampa*, della quale fa parte. In circostanze speciali può promuovere adunanze straordinarie, quando lo impongono ragioni che interessino la vita della Società stessa. Infine la *Commissione permanente esecutiva* deve porre ogni studio per il maggiore incremento della Società ed allo scopo si mette in relazione con Società consorelle, con le Autorità dirigenti, e mira a trar profitto di tutto quanto può concorrere a migliorare l'importanza scientifica, e le condizioni economiche della Società, che essa rappresenta.

Art. 14. — La Commissione per intero è responsabile di tutto quanto costituisce il patrimonio economico della Società, fondi di cassa, archivio, ecc. Il Vice-presidente Cassiere tiene la contabilità e fa il servizio di cassa. Il capitale numerario non deve rimanere presso il Cassiere, che per quella parte che può occorrere, per tener fronte ai servigi di piccola amministrazione, quali posta, stampe, ecc.; il testo delle somme riscosse deve essere depositato presso uno degli Istituti di credito, che offrono notoriamente maggior garanzia, e col quale si apre un conto corrente.

Commissione per la stampa.

Art. 15. — Esiste in seno alla Società una *Commissione per la stampa*, la quale ha l'incarico di raccogliere ed ordinare tutti i lavori scientifici, presentati al Congresso. Detti lavori, riuniti in uno o più volumi, verranno stampati con questo titolo: « Atti della Società Italiana di Ostetricia e Ginecologia. »

Art. 16. — La Commissione per la stampa è costituita dalla Commissione permanente esecutiva e da altri 2 membri che saranno annualmente nominati dall'Assemblea della Società e scelti fra i componenti l'Ufficio di Presidenza del Congresso. La Commissione è presieduta dal Presidente della *Commissione esecutiva*, e le deliberazioni sono prese e maggioranza di voti.

Art. 17. — Detti volumi a stampa degli « Atti della Società » dovendo rappresentare tutta la vita scientifica della Società stessa, è fatto obbligo alla *Commissione per la stampa* di curare affinchè il lavoro riesca degno organo delle produzioni di una società scientifica, eliminando tutto quanto potesse essere non necessario alla chiara illustrazione dei varii argomenti che vi dovranno essere raccolti, e ponendo bene in rilievo le questioni di maggiore importanza.

Non potranno essere pubblicati nel volume degli Atti lavori che non siano stati enunciati nel Congresso, od anche che comunicati, fossero già stati pubblicati, con altra stampa qualsiasi, prima che venisse alla luce la pubblicazione degli Atti.

Art. 18. — Ad esplicazione dell' articolo precedente rimane stabilito, che nella compilazione del volume degli Atti, non debbono essere esposte in estenso storie cliniche o lavori sperimentali di tecnica operatoria, di bacteriologia, di chimica, ecc., se non quando l'interesse principale dell'argomento esposto sia strettamente legato all'esposizione dettagliata della storia clinica ed alla descrizione di tutte le modalità tecniche del lavoro sperimentale.

Art. 19. — È affidato al criterio della *Commissione per la stampa* il giudicare sull' opportunità di fare stampare figure che potessero essere annesse a qualche memoria da pubblicarsi negli Atti. In ogni modo le spese eccedenti le L. 50 saranno sempre a carico dell'autore.

Art. 20. — Nella compilazione degli Atti, oltre l'esposizione degli argomenti trattati dai soci, sarà anche dato luogo alle discussioni che intorno agli orgomenti sono state fatte. Sarà anche esposto un brevissimo resoconto sommario della parte amministrativa delle sedute, enunciando i nomi dei nuovi soci stati ammessi, e quelli dei membri delle varie Commissioni.

Infine per cura della stessa *Commissione per la stampa,* dovrà essere fatto un elenco biografico dei lavori ostetrici e ginecologici, che sono stati pubblicati in Italia durante l'anno decorso dall'ultima pubblicazione degli Atti.

Soci.

LORO DIRITTI E DOVERI.

Art. 21. — Esistono 4 categorie di soci, come all'art. 4 dello Statuto sociale, e cioè *promotori, fondatori, ordinari* e *corrispondenti.* Tutti hanno uguali diritti e sono tenuti agli stessi obblighi, meno i *soci corrispondenti.*

Art. 22. — I *soci corrispondenti* non pagano tasse: essi sono tenuti ad informare la Società sopra argomenti speciali, che avranno agio di studiare nei vari centri scientifici nei quali dimorano. Queste relazioni, non che qualunque altro lavoro personale del *socio corrispondente,* purchè trasmesso in tempo alla *Commissione esecutiva,* saranno lette nelle sedute del Congresso o da qualche membro della Commissione o da altro socio delegato. La comunicazione sarà inserita negli Atti, in quella forma, più o meno dettagliata, che sarà reputato opportuno dalla *Commissione per la stampa.* Ogni *socio corrispondente* ha diritto al Diploma speciale rilasciato dalla Società e ad una copia del volume degli Atti. Il socio corrispondente, che venga a prendere stabile dimora in Italia, cessa dall'essere *corrispondente,* e diventa, ove ne faccia domanda, *socio ordinario,* senza bisogno di votazioni da parte dell'Assemblea.

Art. 23. — Tutti gli altri, non esclusi i promotori, pagheranno una tassa di ammissione di L. 20, ed una tassa annua di L. 20. L'anno sociale comincia col 1.° gennaio.

Art. 24. — Ogni socio, che si trovi in regola coi pagamenti delle tasse, ha diritto al Diploma speciale e ad un esemplare del volume degli Atti.

Art. 25. — Tutti coloro che aspirano ad essere *soci ordinari* debbono direttamente farne domanda scritta alla *Commissione permanente esecutiva,* corredandola di tutti quei titoli, e di quelle notizie per le quali si possa stabilire trovarsi il candidato nelle condizioni volute dall'art. 4 dello Statuto.

La proposta di nuovi *soci ordinari* potrà essere fatta verbalmente nella prima seduta del Congresso da un socio che enumeri ed illustri i lavori fatti o gli offici ricoperti dal candidato, per i quali si crede che possa far parte della Società.

L'ammissione è fatta a maggioranza di voti.

Articolo aggiuntivo. — È permesso a tutti i medici chirurgi, che non appartengono alla Società, di prender parte alle riunioni scientifiche in seguito a domanda, ed al pagamento di L. 10. Quelli che domandano il detto intervento, avranno diritto ad ottenere le riduzioni ferroviarie, e ad assistere alle discussioni della *tornata sociale* a cui è stato ammesso.

BIBLIOGRAFIA

La pratique gynécologique et obstétricale des hôpitaux de Paris. — Aide-mémoire et formulaire par le prof. **Paul Lefert,** 1 vol. in-16 de 300 pages, cartonné 3 francs. (Librairie J. B. Baillière et fils, 19, rue Hautfeuille, Paris).

Questo volume fa parte del *Manuale del medico pratico,* ed in esso il professor Lefert espone in modo chiaro e preciso la *pratica* dei ginecologi e degli ostetrici degli ospedali di Parigi: Auvard, Bar, Berger, Boissard, Bouilly, Budin, Championnière, Champetier de Ribes, Charpentier, Doléris, Duplay, Le Dentu, Maygrier, Péan, Pinard, Pozzi, Quenu, Richelot, Segond, Tarnier, Terrier, Terrillon, ecc., nelle questioni che si possono presentare più di frequente ad ogni medico: l'antisepsi ginecologica ed ostetrica, la castrazione, il raschiamento, l'elettricità in ginecologia, i fibromi uterini, la gravidanza extrauterina, le iniezioni endouterine, le metriti, le salpingiti, la setticemia puerperale, le suppurazioni pelviche, il tamponamento, ecc.

Così quest'opera racchiude, brevemente esposta, l'avviso dei ginecologi ed ostetrici francesi sopra le più importanti questioni, per cui è di grande utilità non solo per il medico pratico, ma anche per lo specialista.

Louis Joüon. — **Contribution à l'étude de la grossesse tubaire** (Librairie J. B. Baillière et fils, 19, rue Hautfeuille, Paris, 1892).

Ecco le conclusioni di questo lavoro:

1. Gli ematosalpingi riconoscono parecchie cause, ma dopo i più recenti lavori, la causa più frequente sembra essere un arresto di sviluppo di una gravidanza tubaria.

2. Coll'esame istologico si possono trovare i resti di un chorion e villosità placentari; quando il feto è scomparso, la cavità amniotica può sussistere sotto forma di una fenditura allungata che occupa il centro di un coagulo voluminoso. Le ramificazioni delle villosità sono scomparse e la loro trasformazione fibrosa è avanzatissima. I laghi sanguigni sbarazzati dei cotiledoni placentari hanno dato luogo ad emorragie successive che li hanno fusi fra di loro, interponendo un coagolo quasi puro fra i resti della placenta risospinta e la parete della tuba.

3. Se si osserva un coagulo di emato-salpinge in un periodo più avanzato, non si trova più cavità amniotica e le villosità sono sempre più rare e non difficili a ritrovarsi nel coagulo. Questo subisce in vicinanza della parete un principio di regressione che caratterizza l'infiltrazione del tessuto connettivo intermuscolare e superficiale di un gran numero di cellule migranti cariche di residui di emoglobina e di pigmento sanguigno.

4. Infine, come reliquato di gravidanza tubaria, si può trovare un sottile coagulo parietale aderente il quale non contenga più villosità e la cui origine non potrà essere sospettata che dalla denudazione della mucosa al suo livello e dalla presenza delle cellule migranti pigmentate sopra accennate.

5. L' intervento chirurgico è assolutamente indicato quando lo stato dell'ammalata si viene sempre più aggravando.

NB. J. B. Baillière e figlio, librai (19, rue Hautfeuille, Paris) hanno testè pubblicato un nuovo catalogo di opere ostetriche, costituente una vera **Biblioteca Ostetrica** che contiene l'annuncio di più di 1500 lavori antichi e moderni. Esso sarà mandato franco, per norma dei lettori degli *Annali*, ad ognuno che ne farà la dimanda ai Sigg. J. B. Baillière e figlio.

NECROLOGIO

Prof. Comm. ALFONSO CORRADI.

Colla morte del prof. Corradi è scomparso uno dei più dotti ed eruditi scienziati che onorassero la medicina italiana, di quei dotti che al culto della scienza hanno congiunto quello delle lettere, per cui in ogni suo scritto si ammira non solo la profonda dottrina attinta alle fonti, ma altresì la venustà della forma e la purezza dell' eloquio. Nato in Bologna nel 1833, professore già a 26 anni di patologia generale nella Università di Modena, indi a quella di Palermo, insegnò poscia per alcuni lustri farmacologia nella Università di Pavia, e colle sue ponderose pubblicazioni sugli Annali delle epidemie in Italia, sulle vicende degli studi e dell'insegnamento della chirurgia e dell'igiene nel nostro paese, conquistò uno dei posti più alti fra gli storici della medicina. L' ostetricia italiana deve poi al suo robusto ingegno un'opera veramente colossale, *Dell'Ostetricia in Italia dalla metà dello scorso secolo fino al presente*, pubblicata nel 1871, che è una miniera inesauribile di sapienza e di dottrina, alla quale attinsero ed attingono a piene mani tutti coloro i quali amano ricercare il passato negli argomenti che svolgono e che costituisce un vero monumento innalzato alla ostetricia italiana, che in tale opera, veramente storica per la filosofica ordinazione dei fatti, giganteggia per originalità non mai smentita di ricerche e di studii.

Prof. Luigi Mangiagalli, *Direttore responsabile.*

Milano — Tip. L. F. Cogliati, Via Pantano, 26.

Anno XIV. Dicembre 1892. Num. 12.

ANNALI
DI
OSTETRICIA E GINECOLOGIA

Sulla provocazione artificiale del parto
E SUL PARTO FORZATO
col mezzo della dilatazione meccanica del collo uterino

PEL
Dott. L. M. BOSSI
Libero Docente con effetti legali in Ostetr. e Ginec. presso l'Univ. di Genova.

CAPITOLO I.

Provocazione artificiale del parto — Accelerazione del parto — Parto forzato — Loro significato — Loro limiti.

Una delle condizioni *sine qua non,* che si richiedono perchè l'ostetrico possa accingersi così a provocare l'espulsione come a praticare l'estrazione del prodotto del concepimento, è che il collo uterino sia sufficientemente dilatato o dilatabile. Questa, che rappresenta una delle leggi più elementari ma fondamentali dell'ostetricia operativa, varrebbe a stabilire un limite razionale e preciso fra gli atti operativi, che si compiono a collo sufficientemente dilatato o dilatabile (rivolgimento, applicazione forcipe, ecc.), e gli atti operativi che si mettono in pratica per ottenere tali condizioni del collo uterino. In questa seconda categoria entrerebbero la provocazione artificiale dell'aborto o del parto prematuro, l'accelerazione artificiale del periodo di dilatazione ed anco il parto forzato, tale solo dovendosi chiamare per la forzata dilatazione del collo, ed ecco quindi come in tal modo questa seconda suddivisione calzerebbe perfettamente al nostro caso, perchè comprenderebbe tutto quanto, come dal titolo si può vedere, l'argomento della presente memoria.

Ma in natura realmente i fatti non decorrono con limiti così precisi ed al fenomeno che si avvera nel soprapparto, della dilatazione del collo, devesi associare l'altro fenomeno, quello della contrazione dell'utero. E la contrazione uterina e la dilatazione del collo, elemento meccanico l'uno, elemento dinamico l'altro, sono i fattori entrambi necessarii del parto naturale che ben difficilmente si possono immaginare disgiunti o operanti separatamente, l'uno essendo alla dipendenza dell'altro, e ben raramente potendosi provocare l'uno senza che l'altro intervenga.

Vediamo infatti così sperimentalmente che praticamente come tutti gli artificii, che hanno per iscopo di provocare delle contrazioni dell'utero, conducono pure alla dilatazione del collo, ed egualmente tutti i mezzi che si applicano per dilatare il collo meccanicamente, hanno quasi costantemente per effetto di sollevare delle contrazioni uterine.

Parlando quindi del metodo della *dilatazione meccanica del collo*, non si deve intendere che si faccia astrazione dell'azione dinamica, ma unicamente che si allude all'indole del mezzo che si mette in pratica per *provocare, accelerare* o *forzare* tali due fenomeni.

Provocazione artificiale del parto, accelerazione di esso e *parto forzato* costituendo l'obbiettivo di questo studio importa conoscere se, e quali distinzioni possiamo stabilire fra tali interventi.

Quando l'utero è completamente inerte, e nessun inizio di parto spontaneo si è avverato, intervenendo si compie, nel ristretto senso della parola, *una provocazione artificiale del parto.* Se all'incontro si interviene quando già spontaneamente trovansi in giuoco le forze naturali del parto coll'intento di rafforzarle, allora si compie nello stretto senso della parola una *accelerazione del parto.*

Fino a questo punto perciò la distinzione sarebbe forse possibile. Quando però noi provochiamo artificialmente il parto, accade che in alcuni casi, ritirando l'agente provocatore, l'utero continui a contrarsi e quindi il collo tenda a dilatarsi, in altri casi invece le contrazioni e quindi anche la dilatazione si arrestino.

Un nuovo intervento quindi in questi secondi casi per ripristinare le cessate forze dovrebbesi chiamare accelerazione del parto, ed abbiamo così una serie di circostanze in cui questi due atti operativi si confondono.

La provocazione poi artificiale del parto presuppone, in generale, o il parto abortivo, od il parto prematuro, od anche il parto tardivo,

l'accelerazione invece sarebbe da applicarsi in modo particolare al soprapparto.

Una distinzione dunque precisa fra esse sarebbe affatto scolastica.

Vediamo ora i limiti che possono distinguere la provocazione artificiale e l'accelerazione del parto, dal parto forzato.

Secondo tutti gli autori nella definizione dell'atto operativo del *parto forzato* è insito il concetto di una rapida dilatazione cruenta o contundente del collo uterino, quando esso non trovasi sufficientemente dilatato nè dilatabile per lasciar passare il prodotto del concepimento. A tal riguardo così infatti scrive il Bonnaire (1): « Forcer violemment l'orifice cervical, introduire la main et les instruments dans l'utérus, extraire le fœtus de cette cavité par effraction, c'est faire l'accouchement forcé. » Il che è perfettamente conforme anche alle idee del di lui maestro Tarnier. Ed il dott. E. Grinda (2): « Dilater artificiellement le col chez une femme qui n'est pas en travail ou chez laquelle la dilatation du col ne fait que commencer, ce n'est plus faire l'accouchement prématurè artificiel tel qu'on l'entend généralement, mais bien l'accouchement forcè. »

E lo Schroeder (3), senza dare una precisa definizione, così si esprime: « Nei casi in cui sia necessario far presto ed in cui la forza dei dolori non sia sufficiente per sè a dilatare il collo quanto converrebbe, allora può essere necessaria la dilatazione artificiale come primo atto del parto forzato. »

Il Bonnaire poi considera nel parto forzato due varietà: l'*accouchement forcé proprement dit*, che viene eseguito in modo rapidissimo colla brusca dilatazione del collo resistente e poco o punto modificato, *et a dilatation extemporanée rapide du col sans traumatisme* in cui meno brusca viene ad eseguirsi l' apertura del collo.

Per quanto a tutta prima questa suddivisione sembri razionale — ben considerata però nella sua entità appare essere quasi affatto scolastica, o per lo meno destituita di positivi termini che possano chiaramente determinarla.

Tali termini dovrebbero essere le condizioni generali della paziente, del collo dell' utero, della energia di contrattilità delle pareti uterine stesse, del feto, ecc.

Ma in base a queste circostanze ben facilmente appare come non due ma molte varietà di parto forzato si dovrebbero stabilire, poten-

dosi avere una gradazione nel modo più o meno brusco, più o meno traumatico con che, obbedendo ad indicazioni varie, si può eseguire la rapida dilatazione del collo e l'estrazione del feto.

Ed è d'altronde evidente come il « *sans traumatisme* » che classificherebbe la seconda varietà, non possa considerarsi in modo menomamente assoluto, poichè il traumatizzarsi delle parti non dipende solo dallo sforzo che si deve eseguire, nè dal grado di dilatazione del collo, ma da molti altri fatti, di cui importantissimo lo stato anatomico del collo. Nessun ostetrico ignora infatti come non raramente si abbiano profonde lacerazioni del collo anco in seguito a parto spontaneo.

Esaminando nel loro complesso la provocazione artificiale del parto (sia esso abortivo, prematuro o tardivo), l'accelerazione del parto, il parto forzato non traumatico (secondo il Bonnaire) ed il parto forzato rapido (accouchement forcé proprement dit), si può da quanto brevemente abbiamo detto, ritenere che essi rappresentano una serie quasi graduata di atti operativi, i quali non hanno nè possono sempre avere clinicamente fra loro limiti ben decisi. Ciò si deve ritenere vengano essi considerati per rapporto sia alle indicazioni, sia alle condizioni, sia ai mezzi d'intervento che si devono adottare.

Non si può infatti negare come possono occorrere dei casi nei quali pur essendo dapprincipio indicato il parto prematuro senza vera urgenza, successivamente poi si manifestano tali circostanze da richiedere un rapido svuotamento dell'utero ed in ultimo il parto forzato.

Il seguente fatto clinico (che segneremo col N. 36 nella statistica), da noi stessi osservato, può ciò provare in modo assai chiaro:

Il 15 agosto 1891 alle ore 10 di mattina fummo chiamati presso la signora S. T. primipara per indicazioni urgenti. Già il 10 aprile, e quindi quattro mesi circa prima, era da noi stata visitata ed erasi riscontrata una gravidanza al settimo mese, ma successivamente l'ammalata più non si presentò.

Aveva avuta l'ultima mestruazione ai primi di ottobre 1890, e, secondo i calcoli, doveva partorire quindi nella prima quindicina di luglio. L'esame obbiettivo aveva confermato tale prognosi. Invano però la signora T. S. attese i dolori del parto a tale epoca, e solo verso i primi di agosto cominciò ad accusare senso d'addolenzimento a tutte le membra, e dei dolori simili ai prodromi del parto: successivamente poi si accorse della presenza di leggiera enfiagione al viso ed ai genitali esterni.

Quando fummo chiamati a visitare la paziente nella mattina del 15 agosto trovammo: il viso edematoso e pure leggiermente edematosi l'addome, i genitali esterni, gli arti inferiori; voluminosissimo l'addome; feto vivo in presentazione di vertice apparentemente assai sviluppato. L'esame dell'orina rivelò la presenza di notevole quantità di albumina. La difficoltà nell'orinare e nel defecare, l'addolenzimento di tutto il corpo, una cefalea a volte leggiera a volte intensa e l'intorbidarsi della vista spingevano la gestante a chiedere il soccorso dell'arte.

Diagnosticammo: *gravidanza probabilmente tardiva, albuminuria, minaccia di eclampsia, feto vivo di sviluppo eccessivo.*

Dietro considerazioni che è facile intuire, decidemmo col consenso anche della famiglia di addivenire alla provocazione artificiale del parto, pur mettendo in pratica i mezzi che in simile circostanza l'arte suggerisce, quali l'assoluta dieta lattea, gli alcalini, ecc. Non essendovi un'assoluta urgenza si pensò di ricorrere al metodo del Krause, e alle ore 2 dello stesso giorno venne introdotto nella cavità uterina, previe le abituali precauzioni antisettiche, una sonda di gomma nera inglese N. 11, scala inglese, per la lunghezza di centimetri 17. Contrazioni uterine rare, sebbene molto forti, vennero sollevate e persistettero per tre giorni di seguito.

Al terzo giorno però il collo erasi di poco accorciato e lasciava intravedere ancora lontano il parto. Essendo stata spinta all'esterno la sonda, se ne introdusse una seconda uguale alla prima. Ciò avveniva alle ore 12 del 18 agosto.

Alle 11 di sera dello stesso giorno, la paziente veniva assalita da un primo accesso eclampsico, al quale molti altri ne seguirono, per quanto non si trascurasse la somministrazione di cloralio, di oppiacei, di cloroformio, ecc.

Alle ore 9 del giorno 19 le condizioni dell'ammalata apparivano assai allarmanti, il feto era sofferente; l'indicazione a svuotare rapidamente l'utero si mostrava d'urgenza assoluta.

Non credemmo opportuno di più oltre attendere; ritirammo la sonda del Krause e, a collo non del tutto raccorciato e chiuso introducemmo il nostro dilatatore. I tentativi di una dilatazione colla mano erano riusciti affatto vani. Dopo mezz'ora il collo era sufficientemente dilatato per modo da permettere l'applicazione del forcipe e l'estrazione in 20 minuti primi di un feto asfittico di terzo grado. Oltre ogni dire laboriosa riuscì tale estrazione, stante il grande sviluppo del feto, che pesava grammi 4480 ed era lungo centimetri 57. Dopo un'ora di respirazione artificiale esso si riebbe. Il secondamento si avverò dopo 17 minuti primi colla spremitura. Nessun accidente. Man mano le condizioni dell'ammalata migliorarono, il puerperio successivamente decorse regolare, madre e figlio furono salvi.

Evidentemente quivi, dalla graduata provocazione e dall' accelerazione del parto, le indicazioni, col mutarsi delle condizioni dell' ammalata, ci condussero in quattro giorni al parto forzato, senza del quale non sarebbe stato possibile evitare la fine di entrambe quelle esistenze.

Nè, come dissi, debbonsi questi casi ritenere rari.

Pochi processi naturali offrono tanta incostanza, tanti imprevisti incidenti, tante sorprese non di rado dolorose quanto la funzione del parto, tanto più accompagnato da patologiche complicazioni dell' organismo materno.

E ben più grave appare essere il pericolo, ben più seria la distocia quando, per il rapido mutarsi delle circostanze, pure rapida insorge l' indicazione ad accelerare, a forzare lo svuotamento della cavità uterina.

Ora è una legge per sè stessa ovvia, che in ogni intervento operativo il mezzo che si mette in pratica acciò riesca razionale, deve giustamente adattarsi alle circostanze ed alle indicazioni del caso. Ed a questo riguardo possiamo dire, che non indifferente è il numero dei metodi suggeriti e messi in pratica per addivenire, sia alla provocazione artificiale del parto, sia al parto forzato.

D' indiscutibile utilità però sarebbe il possedere un mezzo, che sanzionato dalla pratica e dalla esperienza clinica, per sè stesso possa, a volontà del sanitario, asseconda del mutare delle circostanze, obbedire alle varie indicazioni che rapidamente ponno insorgere.

Ma siamo autorizzati a chiederci: trovasi in oggi tale mezzo in possesso dell'ostetricia operativa? esiste tale un metodo per la provocazione artificiale del parto che renda, per così dire, il sanitario arbitro della situazione, fornendogli il sommo vantaggio di potere a volontà disporre dell'elemento tempo col permettergli di accelerare più o meno, asseconda dell' insorgere delle circostanze, lo svuotamento della cavità uterina? metodo che possa, asseconda del mutarsi dell' indicazione, con eguale utilità, e senza inconvenienti, servire sia alla provocazione artificiale del parto, sia all' accelerazione di esso, sia al parto forzato, relativamente al caso, più o meno brusco e rapido?

Una succinta rivista, ed un coscienzioso esame dei metodi che furono o che sono in uso, facilmente ci persuaderà che, fino ad oggi, solo il metodo della dilatazione meccanica graduale, quale da noi venne proposto al Congresso Internazionale di Berlino nel 1890, può soddisfare a tali condizioni.

CAPITOLO II.

Breve rivista dei metodi finora proposti per la provocazione artificiale del parto e pel parto forzato. Esame critico di essi e deduzioni.

I metodi ed i processi operativi che furono escogitati e messi in pratica per la provocazione artificiale del parto, per l'accelerazione del parto e pel parto forzato sono certamente numerosi.

Il Bonnaire divise in tre categorie i processi di provocazione del parto prematuro artificiale, e cioè:

1.° agenti puramente meccanici;
2.° agenti puramente fisiologici;
3.° agenti fisiologico-meccanici.

Questa classificazione, per quanto a tutta prima appaia razionale, perchè fondata sull'indole dell'azione dei varii mezzi, ben considerata però è difficilmente ammissibile, per la ragione a cui accennammo nel primo capitolo, che cioè è quasi impossibile disgiungere l'elemento dinamico dal meccanico nei coefficienti del parto, e quindi non si può stabilire un giusto limite fra eccitanti meccanici ed eccitanti dinamici.

Ciascuna di tali categorie verrebbe a comprendere dei processi che dovrebbero ritenersi, per l'indole della loro azione, misti.

Attenendoci invece all'argomento che stiamo trattando ed allo scopo che ci siamo prefisso, stabilendo anzitutto la divisione fondamentale di *Metodi proposti per la provocazione artificiale e per l' accelerazione del parto,* e *Metodi proposti per il parto forzato,* seguiremo per la prima la classificazione del Charpentier.

A. Metodi proposti per la provocazione artificiale e per l'accelerazione del parto.

La classificazione del Charpentier (4) che per quanto non possa andare esente da critiche è fra le più razionali, ammette la seguente suddivisione:

1.° Eccitazione di contrazioni uterine con medicamenti interni.

2.° Eccitazione dell'utero sia per azioni dirette, sia per azione riflessa.
3.° Eccitazione periferica del collo.
4.° Eccitanti posti fra le pareti dell'utero e l'ovulo.
5.° Perforazione delle membrane.
6.° Dilatazione del collo.

I. Medicamenti interni.

La *Sabina*, la *Ruta*, l'*If* sono sostanze anche popolarmente conosciute, perchè hanno fama di rimedii abortivi e vennero soventi usate a scopo criminale. A scopo terapeutico esse sono oramai quasi abbandonate dagli ostetrici, giacchè onde ottenere l'interruzione della gravidanza devonsi somministrare a dosi tossiche. La *Segala Cornuta* ed i suoi derivati, l'*Ergotina* e l'*Ergotinina* del Tanret, posseggono senza dubbio un'azione ecbolica assai forte sull'utero. Gli effetti però che dalla loro somministrazione nelle gestanti si ottengono, sono tali da sconsigliarne l'uso, sia per la provocazione artificiale del parto, sia per il parto forzato.

Bongiovanni e Lovati a Pisa nel 1833 (5), Ritgen e Goetz in Germania nel 1836, Ramsbotham in Inghilterra, ecc., l'esperimentarono su vasta scala ed a dosi svariatissime, ma gli esiti non furono incoraggianti, nè per la madre nè per il feto.

Non per la madre, perchè avendosi per effetto ultimo contrazioni tetaniche dell'utero, assai difficoltosa diventa sia l'espulsione spontanea, sia l'estrazioue artificiale, così del feto che della placenta, la quale ultima specialmente rimane incarcerata nella cavità uterina. Non per il feto, perchè anzitutto l'asfissia di esso è la naturale conseguenza dello stato di continua contrazione (e relativa compressione dei vasi) in cui viene a trovarsi l'utero, ed in secondo luogo per l'ergotismo di cui si ammette possa diventare vittima.

Il *Bisolfato di Chinino* proposto dal Sayre e studiato successivamente dal Chiara, dal Chiarleoni (6), dal Tarnier, ecc., non agisce somministrato durante la gravidanza. Le nostre esperienze (7) ci dimostrano come esso somministrato durante il soprapparto assai sovente rafforzi ed aumenti di frequenza le contrazioni uterine, nessun effetto manifestando quando non si è ancora spontaneamente iniziato il soprapparto. Esso quindi potrebbe ritenersi come mezzo unicamente utile per l'accelerazione del parto.

Il *Cloridrato di Pilocarpina* consigliato per iniezioni ipodermiche da Masmann nel 1878, venne nello stesso anno sperimentato dal professor Tibone (8) nella Clinica Ostetrica di Torino, dal prof. Porro (9) nella Clinica di Pavia, dal prof. Chiara nella Maternità di Milano, poi subito a Roma dal prof. Pasquali (10) nel 1879, e studiato successivamente da Schauta, Welponer, Felsenreich, Popow (11), Labarraque, Sänger, Hyernau, John Clay, Chantreuil, Mari-Autet, Kroner, Phillips e Contab.

Gli effetti complessivamente da essa ottenuti tendono a farne abbandonare l'uso nel campo ostetrico. Il Hyernaux, attribuirebbe l'effetto ecbolico del jaborandi e quindi della pilocarpina che ne è il principio attivo, non ad un'azione speciale del rimedio, ma al brusco e grande perturbamento che provoca in tutto l'organismo e di cui sarebbe un epifenomeno. Il Tibone sconsiglia l'uso di esso, sia come agente per provocare il parto prematuro, sia come succedaneo della segala cornuta.

L'*Ipecaquana* a dosi piccolissime e la *Cornutina* furono pure suggerite come sostanze ecboliche, ma non corrisposero agli effetti.

II. Eccitazione dell'utero sia per azione diretta sia per azione riflessa.

Il *massaggio dell'utero* venne proposto nel 1821 dal dott. Outrepont come mezzo di provocare artificialmente il parto. Egli suggerì di praticare delle frizioni sul fondo dell'utero nello stesso modo come vengono fatte sull'utero inerte dopo il parto. Questo mezzo può esser messo a profitto durante il sopraparto per rafforzare le contrazioni uterine come preconizzò Tarnier, è però d'un azione affatto trascurabile come provocatore del parto; esso potrebbe quindi piuttosto ritenersi un mezzo *acceleratore.*

L'*elettricità* venne primamente usata per provocare il parto da Schreiber in Germania, da Badford in Inghilterra e successivamente da Hennins, Bayer (12), Brühl (13), Simpson, ecc. Esaminando i casi pubblicati sia dal Heichmann di Praga in numero di due, sia del Brühl di Berna in numero di 7 e consultando l'opinione dei principali autori in proposito, uopo è concludere essere anche questo un mezzo incerto, e, secondo alcuni forse anche non del tutto privo di pericolo sia per la madre che pel feto. Noi, nel 1886 (14), suggerimmo di accoppiare la ec-

citazione elettrica al metodo del Krause, ideando a tale scopo un adatto catetere reoforo tutto smontabile, facile quindi ad essere disinfettato, e malleabile quanto una comune sonda di gomma nera inglese, il quale viene introdotto nella cavità uterina allo stesso modo della sonda del Krause. Esso però è munito di un'oliva metallica all'estremità superiore, la quale è unita ad un leggiero filo metallico, conduttore, che passando per l'interno della sonda viene all'esterno a finire in un bottone a doppia vite.

Quando il catetere reoforo è applicato, lo si lascia in posto e solleva contrazioni uterine; volendo poi accelerare e rafforzare od anche sollevare, se non insorsero, le contrazioni, si mette in comunicazione a mezzo di tale bottone il filo metallico con un comune apparecchio elettrico che si mette in azione per un tempo variabile a seconda delle circostanze, troncando poi la comunicazione e lasciando al catetere di continuare ne' suoi effetti, salvo poi a ritornare, se necessita, di tanto in tanto a ripetere l'eccitazione elettrica.

In tal modo vengono ad accumularsi i vantaggi del metodo del Krause con quelli della elettricità. Utilissimo per la provocazione artificiale del parto prematuro e per l'accelerazione del parto, questo mezzo è però affatto insufficiente per il parto forzato.

Bagni caldi. — Plessman e Garolien usarono pei primi dei bagni caldi ripetuti per provocare il parto, ma con risultati negativi. Sippel (15) e Hoffmann (16) ne pubblicarono pure delle applicazioni con esito punto soddisfacente. In oggi se ne fa anche abuso unicamente però come acceleratori del parto, nè sembra che siano infatti privi di una certa azione acceleratrice, aumentando in numero e rendendo più forti soventi le contrazioni.

Schroeder e Scanzoni ritengono tale mezzo per provocare il parto non solo inefficace, ma dannoso.

Eccitazione delle mammelle. — È noto come esista uno speciale rapporto fra le mammelle e l'utero, potendosi per mezzo di esse per via riflessa sollevare contrazioni uterine. Di tale fatto si tentò di trarre profitto per la provocazione artificiale del parto. Ed oltre alla titillazione dei capezzoli venne suggerito dal Friedreich l'applicazione di senapismi e vescicatori sulle mammelle; dallo Scanzoni, dal Larghenreich, dal Germann (17) l'applicazione di ventose.

Questi mezzi però sono in oggi abbandonati perchè inefficaci.

III. Eccitazione della superficie del muso di tinca.

Lasciando un corpo estraneo in contatto al muso di tinca, si possono suscitare delle contrazioni uterine. Di tale effetto volle trarne partito il Schoeller tamponando la vagina con ovatta, per provocare artificialmente il parto. In 20 casi egli otteneva 12 successi. Basandosi sullo stesso principio Hüter e Busch proposero di sostituire all' ovatta una vescica ripiena di un decotto di segale, e successivamente il Braun ideò il suo *colpeurynter,* che è formato di un sacco di caoutchouc munito di un rubinetto e che si riempie di acqua tiepida. Come l' ovatta e la vescica del Busch, esso viene introdotto nel fondo della vagina, e lasciato in contatto del collo uterino. Il Busch e l'Hüter però speravano di trar partito della decozione di segale, credendo potesse venir assorbita per osmosi. Questi metodi, sebbene possano dare ed abbiano anche dato utili effetti, sono però così lunghi e incerti nell' efficacia loro, che in oggi tendono ad essere abbandonati.

Volendo però usufruirne, specialmente per accelerare l' aborto già iniziato e non possibile ad arrestarsi, credo meglio convenga un buon tamponamento vaginale con garza all'jodoformio, imbevuta in una soluzione antisettica e poi ben spremuta. La garza si adatta meglio alla vagina ed ai fornici vaginali, maggiore viene quindi ad essere il suo contatto colla cervice uterina e maggiore quindi anche l'effetto.

Di questa maggiore efficacia appunto io ebbi in molteplici casi a convincermene quando, come di regola uso, praticai il tamponamento vaginale in casi in cui l'ovulo trovavasi incompletamente distaccato dalla superficie uterina.

Aggiungasi che questo mezzo è molto meno costoso, è praticabile in qualsiasi circostanza, e, se occorre, provvede meglio contro le metrorragie.

Le doccie vaginali calde dirette sul collo uterino furono proposte dal Kiwisch; esse possono essere utili per coadiuvare gli altri mezzi, ma per sè stesse danno effetti insufficienti.

Il Kiwisch usava di acqua a temperatura di 34-35 R., continuando la doccia per 12-15 minuti di seguito. Il Keller (18) suggerisce temperature più alte.

Il Kiwisch, il Keller, il Dubois, il Mathieu idearono apparecchi ap-

positi per tale scopo; il miglior mezzo però è l'enteroclisma sistema Cantani, che si presta facilmente in tutti i casi, sia per la quantità di liquido che a volontà si può aggiungere, sia per la pressione che, innalzando l'istrumento, si può, a seconda delle circostanze, aumentare o diminuire.

Il prof. Tibone (19) usa il metodo del Kiwisch per alcuni giorni avanti intervenire colla introduzione della sonda del Krause, e ciò allo scopo di meglio predisporre il collo uterino.

IV. Eccitanti posti fra le pareti uterine e l'ovulo.

Il dilatatore del Tarnier (20) è costituito da un tubo di caoutchouc grosso quanto una piuma di oca, lungo 30 cent. Il tubo è spesso e resistente egualmente per quasi tutta la sua lunghezza; all'estremità superiore però per circa 4 cent., le pareti di esso sono più sottili, per modo che iniettando del liquido nel lume del tubo, tale estremità si gonfia, e introdotta nell'utero fra il sacco e le pareti dell'ovulo, si fa gonfiare l'estremità superiore, e la si mantiene tale chiudendo il lume inferiore a mezzo di un rubinetto che a tale scopo vi si trova applicato.

Il Tarnier scrisse in proposito: « Voici sur quel principe il repose. Introduire dans le col, et faire pénétrer audessus de l'orifice interne un tube de caoutchouc du volume d'une plume d'oie, qui se gonfle à son extrémité utérine et forme une vessie de la grosseur d'une noix, quand on y pousse une injection. Cet appareil est laissé en place jusqu'à ce qu'il soit expulsé par les contractions utérines. »

Questo metodo, come pure i seguenti, appartenenti alla stessa categoria, è fondato sul principio, che un corpo straniero lasciato a soggiornare nella cavità uterina, solleva delle contrazioni uterine, agendo quindi quale forza dinamica.

Esso può invero dare ottimi risultati, ma l'operatore si trova nell'incertezza del tempo che occorrerà alla provocazione del parto, potendo esso da un giorno prolungarsi a otto o dieci giorni, non di rado poi obbligando ad intervenire con altri mezzi. Il Tarnier infatti vi associò, come vedremo, il suo divulsore.

Il metodo di Krause dell'introduzione di una sonda per la lunghezza di 15 a 20 cent. fra le pareti uterine e l'ovulo, lasciandola a soggiornare finchè non si abbia ottenuto il desiderato effetto, è forse il più in uso

in oggi, perchè il più facile e innocente. Prima di Krause, Riche, Zuidaïk e Lebmann si servivano di sonde per scollare le membrane, ma Lebmann (1848) raccomandava di non lasciar soggiornare l'istrumento nell'utero pel timore di determinare una troppo grande irritazione dei fenomeni puerperali patologici. È merito del Krause se dal 1885 venne accettato tale metodo, avendo egli in tale epoca pubblicato risultati dei suoi esperimenti in proposito inconfutabili. Ed è quindi indubitato che per riguardo all'applicazione del principio succitato, il Krause precedette anche il Tarnier, questi non avendo, se ben si considerano i due processi, che modificato quello del Krause.

Lo Schweihauser ed il Cohen proposero iniezioni tiepide fra il sacco e le pareti dell'utero, a mezzo o di un catetere comune o dell'istrumento del Cohen stesso. Questo metodo è di più pronto effetto, ma è pericoloso, come ebbero a dichiarare, in base alla loro esperienza, il Lazzati, il Tarnier, il Salmon, il Depaul, ecc., come ebbe a scrivere il R. Barnes (21). Esso poi non soddisferebbe certo alle condizioni che noi ci siamo proposto. Egualmente si può dire delle modificazioni apportate dal Zuidhoch, dal Braun, ecc. al processo del Krause.

V. Perforazione delle membrane.

Lo scollamento delle membrane sia con l'iniezione di liquidi, come consigliarono Schweihauser e Cohen, sia colle loro dita, come suggerirono Hamilton e successivamemte Copeman, preludiano, per così dire, alla puntura delle membrane.

A Hopkin e Meissner, devesi il metodo della rottura delle membrane, fatta a mezzo di speciali strumenti, quali quello del Wenzel, del Dubois, del Siebold, dell'Outrepont, del Salomon, ecc., sia con un semplice ago da calza o con una penna d'oca puntata, come usarono il Rokitansky ed il C. Braun.

Questo processo però, per quanto di sicura azione, è anzitutto incerto per il tempo che impiega ad agire; soventi dovendo trascorrere due o tre giorni prima che intervengano le contrazioni uterine. In secondo luogo esso è dannoso, giacchè evacuandosi il liquido amniotico, mette la gestante ed il prodotto del concepimento in peggiori condizioni che non tutti gli altri metodi coi quali il liquido amniotico è conservato.

VI. Dilatazione del collo.

Trovansi in prima linea citati dagli autori i dilatatori metallici del Busch colle modificazioni di Jobert, di Lamballe, di Pajot, di Leblond, quelli del Mende, del Krause, dell'Osiander, del Hyerneaux. Tutti però concordano in ritenerli o dannosi o inadatti allo scopo, e Schroeder, Charpentier, Tarnier, Barnes, Bonnaire, li dichiarano affatto abbandonati dalla pratica ostetrica.

Noi riservandoci di riparlarne per rapporto al principio su cui si fondava la loro azione, ci limitiamo ad asserire, che essi pel meccanesimo della loro costruzione, non diedero, nè potevano dare soddisfacenti risultati, e che questa unicamente è la causa per cui furono abbandonati.

Il Brunninghausen pel primo ebbe l'idea di provocare il parto introducendo nel canale cervicale e lasciandovi in posto una spugna preparata.

Il Siebold nel 1832 ne faceva la prima applicazione ed il Khise successivamente ne diffondeva la pratica, talchè da *Khise prendeva nome il metodo.*

Dalle numerose statistiche, fra cui importantissima quella dell'Hoffmann, appare che esso presenta varii gravi inconvenienti. È anzitutto sovente assai lungo nella sua azione; altre volte l'introduzione della spugna presenta serie difficoltà; talora e non di rado, la paziente è esposta ad infezione pel decomporsi della spugna stessa: la dilatazione poi provocata non è sempre regolare, ma presenta anfrattuosità che si adattano alle irregolarità che la spugna assume allargandosi.

Più opportuno a tale riguardo si dimostrerebbe il *metodo* della introduzione dei bastoncini di laminaria o di tupelo, quale venne suggerito da Van Leynseele, e applicato da Tiogelet, Braun, Simpson. Anche questo però sebbene meno, non è privo dei citati pericoli e, benchè resista di più ai tempi, tende come il primo ad essere abbandonato. In certi casi però, specialmente di provocazione d'aborto per speciali indicazioni, la laminaria, ed il tupelo possono dare utili effetti.

Segue poi la serie dei dilatatori a pareti estensibili, e cioè: lo *sfenosifone* del *Snachenberg,* il *colpeurynter* del *Braun,* la serie dei *sac-*

chetti a forma di ghitarra del *Barnes* (22), il doppio pallone di *Chassagny,* il pallone inestensibile di *Champetier de Ribes* (23) l'apparecchio del *Devillier* e quello del *Mattei.*

Tutti questi dilatatori presentano i seguenti inconvenienti:

1.° Per poterli introdurre nella cavità cervicale necessita siavi già un certo grado di dilatazione, quindi devono essere preceduti da altro intervento.

2.° Hanno un' azione incerta per rapporto all'elemento tempo che impiegano.

3.° Difficilmente agiscono come veri dilatatori del collo, giacchè se si pongono solo nel canale cervicale, ben presto vengono espulsi in vagina: uopo è portarli nella cavità uterina ove agiscono come corpi estranei quale forza dinamica.

Fra tutti il dilatatore del Barnes è quello che entrò maggiormente nella pratica; non si possono però ad esso pure negare i surriferiti inconvenienti.

Il Tarnier ideò un divulsore del collo costituito da tre branche, le quali vengono separatamente introdotte nella cavità uterina a guisa delle branche del forcipe, e di poi articolate. L' azione divaricante viene esercitata da anelli di caoutchouc, che vengono poi applicati sui manici, e che colla loro costruzione fanno divaricare le estremità delle branche le quali trovansi in contatto dell'orificio interno.

Il Bonnaire pubblicò una pregevole memoria su tale istrumento, cercando dimostrarne l' utilità per l' accelerazione del parto.

L' applicazione di questo divulsore richiede una previa dilatazione del collo, ciò che il Tarnier ottiene colla preventiva introduzione del suo dilatatore a palla di caoutchouc già da noi descritta. Si venne così a stabilire il metodo Tarnier, che richiede due diverse applicazioni di mezzi, e, come riesce evidente, un tempo indeterminato per ottenere il desiderato effetto.

Dalle casistiche infatti dal Bonnaire e dal Grinda pubblicate, appare come il dilatatore in caoutchouc dovette lasciarsi in posto ove 20, ove 30, 60 e più ore, ed il divulsore a sua volta dovette riapplicarsi due, tre, quattro volte, rimanendo in posto per ciascuna due, tre, cinque ore.

Per modo che noi vediamo come per provocare il parto con tale metodo, diremo misto, si impiegarono, due, sei, otto giorni.

Alla stregua di tali fatti giudicando non si può a meno di asserire, che esso non è da considerarsi di molto superiore a quello del Krause, il quale gode in oggi le maggiori simpatie, come ben si ebbe ad apprendere dal Congresso Internazionale di Berlino, nella trattazione di questo argomento in cui tanto degnamente fu rappresentata l'ostetricia italiana dal prof. Calderini di Parma (24).

B. Metodi proposti per il parto forzato.

Il parto si chiama *forzato* quando è necessario penetrare a forza colla mano o con strumenti nella cavità uterina attraverso al collo mal preparato, onde estrarne il feto.

I mezzi suggeriti per praticare il parto forzato si possono dividere in *manuali* e *strumentali.*

I. Mezzi manuali.

Quando si riesce a introdurre un dito in cavità, e successivamente due, tre, quattro, e occorrendo tutta la mano gradatamente allargando il collo uterino a sufficienza per estrarre il feto, il parto forzato si ritiene essere *manuale.* Richiedesi per tale atto operativo, secondo l'opinione anche del Cuzzi, che il collo sia del tutto scomparso, e presenti la dilatazione di un centimetro nelle primipare e che nelle pluripare sia in parte scomparso e presenti un certo grado di dilatabilità.

Ne è a tacersi come anche nelle migliori condizioni talora non si riesca a fare la dilatazione manuale ed invano vi si sacrifichi un tempo prezioso con non lievi sofferenze dell' ammalata.

II. Mezzi strumentali.

Essi possono a loro volta suddividersi in *cruenti* ed *incruenti.*

La maggioranza degli ostetrici suggerisce i *cruenti* e cioè le incisioni multiple fatte sul collo sia con un bistorì bottonuto sia con una forbice; a questo atto operativo fu dato il nome di *isterostomatomia.*

Il Cuzzi (25) usa fare, con una forbice curva, un' incisione sulla parete posteriore della bocca uterina, due sulle pareti laterali, ed una sulla parete anteriore, tutte della lunghezza di *uno* o *due* cent.

Il Dührssen (26) si mostra assai partigiano di questo metodo, raccomandando anzi di praticare incisioni ben profonde sia in pluripare che in primipare, e fare dei tagli anche sulla vagina e sul perineo.

Affatto contrarii si mostrarono a tale metodo anche ultimamente il Weit (27) e l'Olshausen (28), e questi anzi ebbe a soggiungere che a collo lungo e chiuso in primipare, preferirebbe, in caso d'urgenza, il taglio cesareo alle incisioni dal Dührssen suggerite.

I mezzi incruenti in oggi suggeriti sono costituiti dai sacchetti dilatatori quali quelli del Barnes.

Il Cuzzi propone che si inizii la dilatazione con sacchetti del Barnes, per intervenire poi colla dilatazione manuale.

Il Dührssen propone di introdurre attraverso il collo dell'utero un sacco vuoto di caoutchouc, simile al colpeurynter del Braun e poi di riempirlo e stirare in modo che fuoruscendo dilati il canale cervicale.

È inutile l'osservare che a collo non dilatato e lungo riesce anzi tutto della massima difficoltà l'introduzione anche del più piccolo dei sacchetti del Barnes. Chiunque abbia in tali condizioni tentato questo mezzo può averne acquistato la migliore convinzione. Il volersene poi servire per la dilatazione forzata, tirando energicamente all'esterno il sacchetto quando sia introdotto nella cavità uterina, equivale a esporsi alla rottura sicura del tubo su cui si esercitano le trazioni.

Probabilmente il Dührssen non ebbe campo a farsi un concetto della grande resistenza che il collo uterino oppone in simili circostanze; chi tale concetto possiede non può, neppure lontanamente, pensare a tale metodo.

Riassumendo ora quanto brevemente siamo andati esponendo (*), si giunge necessariamente alla conclusione, che *nessuno* dei mezzi di cui ora è in possesso l'ostetricia operativa può soddisfare alle condizioni:

1.° di poter utilmente e senza danno egualmente servire per la semplice provocazione artificiale del parto od accelerazione di esso, e contemporaneamente, occorrendo, per il parto forzato;

(*) NB. In tale rapida rivista non abbiamo certo inteso di rivedere tutti i processi, tutti i mezzi, *ma solo le varie sorte di modalità* suggerite finora per la provocaz. artific. del parto e pel parto forzato.

2.° di poter *con sicurezza*, a volontà dell' ostetricante, o meglio a seconda dell' urgenza dell' indicazione, più o meno accelerare la dilatazione del collo uterino *comunque siano le condizioni anatomiche di questo*, rendendo così l' ostetrico, nel vero senso della parola, arbitro della situazione.

I metodi suggeriti per la provocazione artificiale del parto e per l'accelerazione di esso, sono tutti incerti nella loro azione in quanto riguarda il periodo di tempo necessario ad ottenere il desiderato effetto.

I metodi suggeriti per il parto forzato sono essi pure assai incerti sia per rapporto all'esito, sia per rapporto al tempo che da essi si richiede, in particolar modo se il collo è di lunghezza normale e se la paziente è primipara; l'isterostomatomia in queste ultime condizioni sarebbe da temersi maggiormente, come giustamente asserì l'Olshausen (29), che il taglio cesareo.

Il metodo che veramente poteva ritenersi atto a soddisfare a tutte le volute indicazioni era il *meccanico*, ma esso, sia per la mancanza di un istrumento adatto, sia per deficienza di serii sperimenti, fu da tutti gli ostetrici abbandonato e da tutti viene sconsigliato.

Bastino le seguenti citazioni a dimostrare quale crociata venne contro di esso bandita anche da autorevoli ostetrici:

Lo Schroeder così si esprime nel suo trattato nel capitolo: « Parto forzato: « *A collo poco dilatato e non ancora scomparso tentare una dilatazione artificiale, prima che l' abbiano promossa colla loro opera i dolori è una temerarietà, è un volere di proposito contundere, lacerare malamente le parti materne, ecc.*

« *Non c'è senso comune a volere, col collo non preparato dai dolori, fare il parto forzato, ecc.*

« *Adunque si può soltanto ottenere una dilatazione completa ed artificiale del collo dell' utero, quando l' abbia già promossa la natura medesima.* »

Ed il prof. Tibone, nelle note al trattato dello Schroeder, così si esprime: « .... quando la donna fosse venuta in fine di vita per malattia acuta non di necessità mortale, o per qualche grave accidente o complicazioni insorte improvvisamente, come ad esempio le varie manifestazioni croniche, le apoplessie, le congestioni e gli edemi polmonari, l' asistolia e via dicendo, in questi casi vuolsi data la preferenza al

parto forzato *sino a che è acconsentito, senza straordinaria difficoltà, dallo stato delle vie naturali.* »

Come vedesi razionalmente egli sostiene il parto forzato, ma si sente in obbligo di erigervi dinnanzi l'ostacolo dello stato anatomico del collo uterino, ad esso quindi *condizionando* l'intervento.

Il prof. Cuzzi, dopo aver affermato che già nelle pluripare quasi necessita, per praticare il parto forzato, che il collo sia in parte scomparso, soggiunge poi: « nelle primipare è *assolutameute necessario*, perchè *il parto forzato sia possibile* che il collo sia del tutto scomparso, il segmento inferiore sottile e la bocca uterina almeno facilmente percorribile al dito esploratore. *A collo che conserva intera la sua lunghezza non si deve neppure pensare al parto forzato.* »

Il Charpentier, nel capitolo sulla placenta previa, cosi si esprime: « il parto forzato, talora *non è possibile a farsi.* Mauriceau, Lamotte, Levret, Smellie ont cité des cas dans lesquels *il n'a pas reussi*, entre les mains d'hommes aussi experimentés. Que sera donc lorqu'il sera entrepis par des mains inhabiles? »

Ed a pagina 926, del II volume pure del suo trattato così scrive: « De l'avis de tous les accoucheurs, l'accouchement forcé chez la femme vivante, nous ne disons pas bien portante, puisque les conditions qui exigent l'accouchement forcé compromettent deja à elles la situation, mais vivante, offrante les conditions de résistance vitale encore considérables, est une opération désastreuse, qui donne des résultats déplorables, et qui ne doit être employée que comme resource ultime. » Poi successivamente: « en ce qui a trait a l'éclampsie en particulier, nous rejetons cette manière de faire. »

M. Bonnaire, nella sua memoria (già citata), a pagina 7, scrive: « Les dilatateurs métalliques tels que ceux de Osiander, Busch, Hyernaux, etc., sont des instruments dangereux, etc. *On ne les emploie plus aujourd'hui.* »

Il dott. Grinda nella sua memoria (pure già citata) a pag. 37, passa in rivista celermente tutti i dilatatori metallici che furono più in uso e soggiunge: « *Nous nous contentons de citer ces instruments parce qu'ils sont aujourd'hui complètement delaissés.* »

Ed il dott. Maygrier, riportando dei casi di rigidità del collo, ed alludendo alle forme più gravi conclude: « dans ces formes de rigidité

tous les moyens, même l'écarteur Tarnier, le plus souvent échouent et l'on reste dépourvu, *obligé de se resigner à attendre que se déroule la suite fatale des accidents!* »

Ciò nel campo delle induzioni, meccanicamente poi se si esaminano gli esemplari dei dilatatori, che nel campo ostetrico e ginecologico vennero proposti, facilmente ci persuadiamo, che nessuno di essi, per quanto anche si possa aumentare nelle dimensioni, può razionalmente soddisfare alle varie contingenze della pratica ostetrica.

Essi tutti, quelli cioè dell'Osiander, del Busch variamente modificato, del Hyernaux, del Pajot, del Collin, del Doléris, del Sims, del Müller, ecc., offrono i seguenti difetti: 1.° di dilatarsi troppo limitatamente; 2.° di avere una resistenza affatto insufficiente; 3.° di aprirsi ad angolo in modo che le aste scivolano nella cavità uterina fino al punto di articolazione; 4.° di richiedere per dilatarsi anche solo di quattro o cinque cent. di tale una dilatazione delle branche le quali trovansi in vagina, da esporre con quasi certezza a perforazione le colonne vaginali stesse. Non esitiamo quindi ad asserire che, se fino ad oggi la dilatazione meccanica istrumentale del collo uterino non potè entrare nella pratica ostetrica, se ne deve pure ricercare in molta parte la causa nella mancanza di adatti mezzi strumentali.

Volendo quindi riassumere la situazione dell' ostetricia operativa nella provocazione artificiale e nell' accelerazione del parto e nel parto forzato fino a questi nostri tempi, si può asserire che, per la provocazione artificiale e per l' accelerazione del parto, pur possedendo ottimi mezzi, vi ha incertezza e mal sicurezza per rapporto al tempo da impiegarsi: che per rapporto al parto forzato, questo è possibile solo in date condizioni del collo, in tesi generale quindi incerto l'esito per chi interviene; in gestante morente poi a collo non sufficientemente modificato, da preferirsi il taglio cesareo al parto forzato.

Nè è esagerazione il ritenere che assai felicemente venne tale situazione sintetizzata per molti casi distocici di grave urgenza, come ad esempio nei casi gravi di eclampsia in primipara a collo non modificato nella lunghezza, dalla frase già riportata del Maygrier: « tous les moyens le plus souvent échouent et l'on reste dépourvu, obligé de se resigner à attendre que se deroule la suite fatale des accidents! »

Dinnanzi a tali considerazioni è quindi facile il pensare come fummo

condotti alla ricerca di un mezzo, che eliminando i descritti inconvenienti, potesse riuscire di facile uso nella pratica ostetrica comune, particolarmente in quei casi serii, imponenti per urgenza, nei quali pur troppo non di rado il sanitario, dopo aver invano tentati con ansietà e fatica indescrivibili i molteplici mezzi finora sanzionati dall'uso, si vede dinnanzi spirare la paziente col prodotto del concepimento.

CAPITOLO III.

Il metodo della dilatazione meccanica del collo uterino col nuovo divulsore.

I. Descrizione dell'istrumento e suo modo di funzionare.

L'istrumento, quale venne da noi ideato e quale venne modificato in questi tre anni di esperimenti, è tutto in metallo, del peso medio di 700 a 1000 grammi, e della lunghezza di 45 centimetri.

Il peso può variare asseconda dello spessore che viene dato dal costruttore ai varii pezzi metallici di cui lo strumento si compone; dobbiamo però fin d'ora notare che i tentativi finora fatti, dietro nostri suggerimenti, specialmente dal Marelli di Milano e dallo Spinelli di Torino, di diminuirne la mole e quindi il peso, abortirono, giacchè la resistenza delle branche si dimostrò poi insufficiente.

La lunghezza poi non è opportuno diminuirla, poichè nello stabilirla calcolammo appunto le parti che dovevansi trovare nel canale cervicale e nella vagina, in modo da lasciare al di fuori dei genitali esterni la parte articolata. Gli esperimenti finora fatti ci dimostrarono, che il ridurlo più corto equivale a diminuirne la forza, ed a renderne difficile e incommodo l'uso.

Non crediamo poi convenga introdurre pezzi non metallici, poichè, essendone complicato il meccanesimo, riesce difficoltoso il renderlo disarticolabile per la disinfezione, e conviene perciò a questo scopo farlo bollire; l'aggiunta di qualche pezzo, ad es. in legno, ne danneggerebbe la resistenza e renderebbe più difficile il disinfettarlo.

Le parti che lo costituiscono (vedi figura 1, istrumento chiuso, e figura 2, istrumento aperto) sono le seguenti:

1. Due branche *a* e *b* eguali, che in basso si riuniscono in corrispondenza di un perno *f* ed in alto finiscono con una gobba *d* ed un'asticella *n* alquanto concava nella sua estremità superiore e nella parte interna.

2. Una terza branca *c* conformata come la prima colla gobba *d* e l'asticella *n* e che in basso però termina inserendosi su un perno portato e mosso da una piccola sbarra mobile *g*, sulla quale trovasi una scala graduata *v*, in *mm.*; quest'ultima serve, durante l'atto operativo, anche come un buon punto di presa per la mano destra, che deve tenere l'istrumento immobilizzato.

3. Un perno ad articolazione *f*, che serve a far divaricare, per *incrociamento*, le branche *a, b* e da una sbarra robusta *e*, su cui è fissato il perno *f* nonchè il pezzo di sostegno *h*, e che costituisce la base di resistenza dell'istrumento.

4. Una vite *l* fissa su un asta *l'* e su un manubrio *m*, la quale si muove in una madre vite praticata nella sbarra *e'* che è in continuazione colla sbarra *e*, e che spinta in alto fa pressione su un bottone quadrato *p* al quale fanno capo la branca che muove le aste *a*, *b*, e articolandosi prima in *r*, la sbarra *g* su cui si inserisce l'asta *c*.

5. Di una lancetta *v* fissa con perni sulle sbarre *e*, *h* e che segna sulla sbarra *g*, i gradi di dilatazione delle asticelle *n*.

Le branche *a*, *b*, misurano in totalità ciascuna 27 cent. di lunghezza, di cui cent. 6 nella porzione al disopra della gobba *d*, e cioè nella porzione che deve essere introdotta nel canale cervicale; la branca *c* ne misura 25 di cui cent. 5 nella porzione al disopra della gobba *d*.

Girando il manubrio *m* da sinistra a destra, la vite *l'* progredisce in alto e fa pressione sul bottone *p* il quale a sua volta, per via dell'asta *h* preme sul perno *f* e fa divaricare le branche *a*, *b* per incrociamento; nello stesso tempo, pure per mezzo del bottone *p* viene messa in giuoco l'articolazione *r* che coll'intermediario della sbarra *g* spinge in alto, e fa divaricare all'esterno la branca *c*, che si divarica pure passando frammezzo alle altre due *a*, *b*.

Le asticelle *n* devono essere portate nel canale cervicale entro il quale si divaricano dilatandolo; ora, quanto maggiore è la resistenza che

esse incontrano, tanta maggiore è la forza che si deve esercitare per girare il manubrio *m* onde girare sulle tre branche *a*, *b*, *c*; si comprende

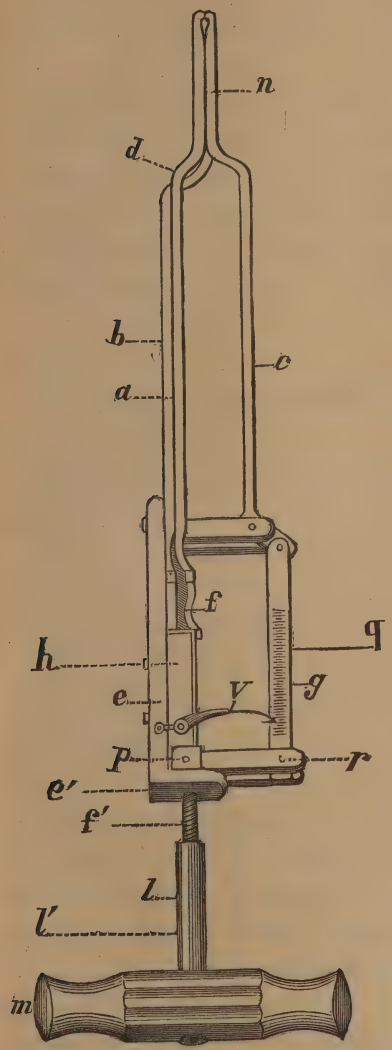


FIGURA 1.

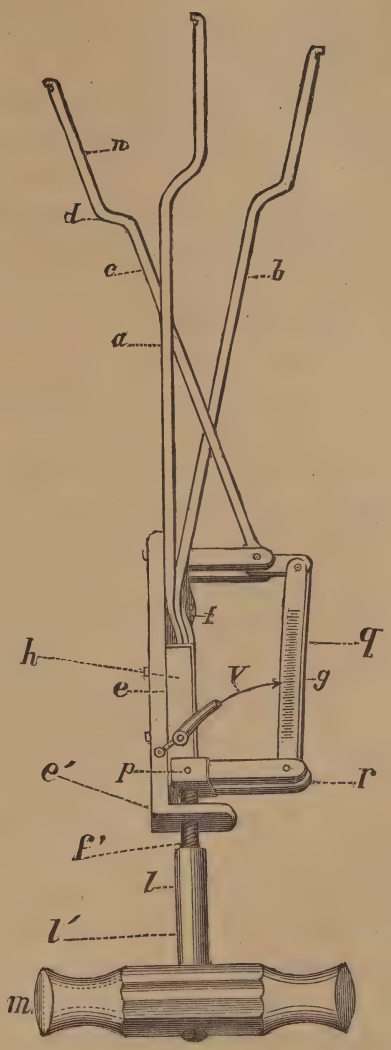


FIGURA 2.

quindi facilmente come queste debbano essere assai robuste acciò non si pieghino o spezzino, e come robusti debbano essere tutti i pezzi d'articolazione, onde non cedano sotto la pressione che subiscono.

Un nostro assistente ha fatto costrurre dal signor Marelli un ingegnoso meccanesimo col quale si può facilmente misurare la forza dilatatrice che, a mezzo di questo istrumento, si può esercitare colle asticelle *n*, e con esso si potè constatare che puossi giungere fino a 20 e più chilogrammi.

Tale forza, considerato l'uso che se ne deve fare, sembrerebbe eccessiva e quasi diremmo enorme; vedremo però come essa non debba punto ridursi, ma sia necessaria ad impiegarsi in special modo in alcuni casi di parto forzato rapidissimo in cui interviene tetania del collo uterino.

Un'utile modificazione sarà quella di rendere scabre le superfici esterne delle asticelle *n* onde esse, applicate, meno facilmente sfuggano dal canale cervicale.

II. Norme da seguirsi per l'applicazione del dilatatore.

1. Come in tutti gli interventi operativi ostetrici e ginecologici, anche in questo devesi dapprima aver cura di ben svuotare la vescica ed il retto. Se non si ha questa avvertenza, sia la vescica, sia il retto ripieni faranno procidenza in vagina, ne restringeranno il canale e renderanno difficoltoso assai l'introduzione dell'istrumento nel canale cervicale, introduzione che deve farsi sulla guida dell'indice.

2. Si metterà la paziente in posizione dorso-sacrale, col bacino alquanto rialzato, le coscie piegate sull'addome e le gambe piegate sulle coscie. E qui converrà distinguere:

a) se l'intervento è urgente per modo che nella stessa seduta si crede opportuno di dilatare il collo a sufficienza e di fare subito l'estrazione del feto, ed in questo caso sarà opportuno mettere coricata l'operanda su un tavolo, ponendo le natiche sullo spigolo del tavolo stesso alquanto rialzate però da un cuscino resistente:

b) se l'intervento non è urgente, se cioè non necessita di fare nella stessa seduta la dilatazione e l'estrazione del feto, ma le condizioni della ammalata sono tali da permettere di attendere la spontanea espulsione, come può essere appunto in una semplice provocazione di parto prematuro; ed in questo caso basterà coricare l'ammalata nel modo già descritto nel proprio letto, sia portandola sulle sponde, sia anche lasciandola nel mezzo colle natiche ben rialzate. Per tal modo,

quando l'istrumento sarà applicato si potrà rimettere, senza eccessivi movimenti, la paziente in posizione orizzontale, lasciando il dilatatore in posto nel modo che vedremo in appresso.

3. Posta l'ammalata in opportuna posizione si procederà ad un'accurata disinfezione dei genitali esterni, della vagina e del collo uterino. Potrà questa farsi sia con una soluzione al sublimato corrosivo all'uno per tre mila, sia con una soluzione carbolica al due per cento, sia con altre soluzioni antisettiche.

È inutile aggiungere che l'operatore avrà avuto cura prima di disinfettare per bene le sue mani, e di tenerle disinfettate durante l'atto operativo.

4. Avanti procedere all'introduzione del dilatatore, uopo è farsi un concetto esatto della direzione del canale cervicale onde dirigere, secondo questa, le branche dilatatrici.

5. Sulla guida di una o due dita della mano sinistra, che saranno portate in corrispondenza dell'orificio uterino esterno, si introduce il dilatatore che verrà afferrato colla mano destra nella sua parte articolare e cioè per la sbarra *e* subito al disopra della lancetta *v*. Poste le estremità delle asticelle *n* all'imboccatura del canale cervicale, onde riuscire, senza produrre traumi, a farle progredire facilmente lungo il canale nella cavità uterina, necessiterà abbassare più o meno il manico, o parte articolare del dilatatore, asseconda della direzione del collo più o meno perpendicolare alla colonna vaginale posteriore.

In generale esso è diretto quasi perpendicolarmente dall'avanti all'indietro, il corpo trovandosi in antiversione esagerata.

6. Necessita limitare il tratto di asticella *n* che deve penetrare asseconda delle condizioni del collo e della parte presentata e cioè:

a) se il collo è accorciato od anche scomparso ed il segmento inferiore dell'utero trovasi disteso dalla parte presentata, converrà, appena le asticelle abbiano oltrepassato l'orificio interno, dilatarle alquanto col girare il manubrio *m* in modo da stirare alquanto il canale cervicale, e poterlo poi, abbassando l'istrumento, allontanare dalla parte fetale contro cui trovasi applicato nella sua porzione superiore;

b) se il collo ha conservato presso a poco la sua lunghezza normale, e la parte presentata non è molto impegnata, le asticelle *n* potranno progredire quasi in totalità, prima di procedere alla dilatazione,

7. Introdotte le branche, senza togliere le dita della mano sinistra dalla vagina, anzi conservandole in posizione opportuna onde possano seguire il divaricarsi delle branche, e tenendo con forza ben ferma colla mano destra la porzione articolare, si fa girare lentamente, da un assistente il manubrio *m*.

Qui però devesi distinguere:

a) Se si tratta di caso non urgente, come può essere la provocazione del parto prematuro, in cui il periodo di dilatazione può essere protratto al di là di un'ora, converrà, dopo ottenuto tale un grado di dilatazione che le asticelle *n* trovinsi quasi immobilizzate dalla distensione delle pareti del canale cervicale, far mettere la paziente in posizione orizzontale nel proprio letto (su cui come dicemmo, si deve operare in queste circostanze), senza ritirare le dita della mano sinistra dalla vagina e tenendo sempre il dilatatore colla destra. Adagiata per bene l'ammalata si divaricheranno ancora alquanto le branche, si farà collocare un cusinetto, od un lenzuolo varie volte ripiegato fra le coscie per adagiarvi sopra l'istrumento, e assicuratosi che le asticelle *n* siano in posto, si ritireranno le dita guidatrici. Il cuscinetto o lenzuolo ripiegati dovranno essere di uno spessore tale che, adagiandovi sopra il manubrio *m* e la parete articolare dell' istrumento, le branche *a, b, c* trovinsi sostenute in modo da non far pressione sulla colonna vaginale posteriore nè sulla forchetta. Successivamente, regolandosi secondo le indicazioni del caso, le condizioni che l'accompagnano e le circostanze che man mano possono insorgere, l'operatore potrà più o meno rapidamente e più o meno fortemente girare il manubrio *m* per divaricare le asticelle *n*; potranno così dall'uno all'altro intervento trascorrere 10, 20, 30, 40 e più minuti, arbitro l'ostetrico, regolandosi secondo le circostanze, di impiegare maggiore o minor tempo per ottenere l'esito definitivo.

b) Se si tratta di caso urgente, come appunto ponno essere quelli di indicazione al parto forzato, si dilatano gradatamente e dolcemente le asticelle *n* (col girare il manubrio *m*) mantenendo la paziente sempre nella stessa posizione (in questa circostanza dicemmo dover essere le operande collocate su un tavolo), accelerando più o meno secondo la necessità dell' intervento, e quindi secondo le condizioni più o meno gravi della madre e del prodotto del concepimento.

8. Sono opportune durante la dilatazione le seguenti avvertenze:

a) Di assicurarsi sempre, avanti girare il manubrio *m*, che le asticelle *n* trovinsi tutte nel canale cervicale, potendo qualcuna di esse specialmente nei movimenti che fa l'ammalata, fuoruscire. In questa circostanza, si chiuderanno le branche, girando il manubrio in senso inverso, si ritirerà alquanto l'istrumento senza toglierlo dalla vagina, e si ripeterà l'introduzione.

Devesi pure assicurarsi che le asticelle non penetrino troppo in alto, dovendo gli angoli *d* mantenersi sempre al disotto dell'orificio esterno.

b) I movimenti di dilatazione devonsi imprimere solo, a meno di circostanze di speciale urgenza o di stato di tetania dell'utero, nei periodi di pausa, fra una contrazione ed un'altra.

c) Sia nel parto forzato sia nella semplice provocazione artificiale del parto, conviene dilatare soventi e poco, giacchè ben più difficile riuscirà in tal modo il produrre dei traumi.

d) Devesi in ultimo raccomandare continuamente alla paziente di non ponzare menomamente finchè dura il periodo di dilatazione, e ciò onde evitare che venga spinto all'esterno l'istrumento.

9. Per rapporto all'estrazione od alla spontanea espulsione del prodotto del concepimento è ovvio, che l'operatore si regolerà secondo che trattisi di provocazione di parto o di parto forzato e cioè:

a) Nella provocazione artificiale del parto, in cui l'indicazione allo svuotamento dell'utero non è di assoluta urgenza, si toglierà l'istrumento quando la dilatazione e quindi il sopraparto siano bene avviati, e si attenderà la spontanea espulsione del feto. Se tolto l'istrumento, dopo qualche ora o mezz'ora, l'utero cadesse inerte, si potrà riapplicare.

b) Nel parto forzato, in cui havvi urgenza di svuotare la cavità uterina, urgenza che può essere dettata dalle condizioni del feto, si insisterà a dilatare gradatamente il collo finchè esso permetta l'estrazione del feto sia col rivolgimento, sia col forcipe. Si spingerà quindi la dilatazione, secondo le condizioni del collo e lo sviluppo del feto, a 6, 7, 8 centimetri.

È bene notare a questo riguardo che il quadrante annesso all'istrumento non può mai segnare con precisione assoluta il grado di dilatazione delle asticelle *n*, stante la resistenza fortissima che oppongono le pareti del collo, resistenza a cui dal più al meno, secondo la perfe-

zione di costruzione del dilatatore, le branche dilatatrici sempre alquanto cedono. In media devesi calcolare essere la dilatazione da uno a due centimetri meno di quanto è segnato sul quadrante; le dita che trovansi in vagina poi con maggior sicurezza potranno riscontrare il grado di tale errore.

10. Stante la tendenza del collo a rinserrarsi, quando venne rapidamente dilatato, crediamo debbasi seguire come regola il dare possibilmente la preferenza al forcipe per l'estrazione del feto nel parto forzato col nostro metodo. Eseguendo il rivolgimento, ci esponiamo, dopo estratto il tronco, a dover praticare una applicazione di forcipe a testa seguente al tronco, stante il rinserrarsi del collo uterino sulle parti fetali.

11. Per lo stesso fatto, sia nel rivolgimento sia nell'estrazione col forcipe, necessita sorvegliare perchè nelle trazioni l'utero non segua il forcipe od il feto; e quindi mano esaminare e trovando le labbra del collo serrantisi sul forcipe o sul feto, colle dita scollarle ed inalzarle avanti e durante le trazioni.

12. Per il secondamento, se non intervengono indicazioni speciali, quale può essere una metrorragia *post partum*, converrà attendere che si effettui spontaneamente.

Tali sono le norme da seguirsi in questo processo operativo, norme che ci vengono dettate da quasi tre anni di esperienza clinica e da un non indifferente numero di applicazioni. Dall' esposizione fattane si può desumere, che l'applicazione di tale processo operativo è divisibile in quattro tempi e cioè:

1.° preparazione della paziente (disinfezione e posizione);
2.° introduzione delle asticelle divaricatrici nel canale cervicale;
3.° dilatazione;
4.° estrazione (od espulsione) del prodotto del concepimento;

III. Modo d' azione del dilatatore.

L'azione spiegata dal dilatatore quando trovisi in posto è duplice, *meccanica* cioè e *dinamica*.

Posto che le asticelle *n* trovinsi nel canale cervicale, l' utero, che prima era inerte, entra in contrazione, e le contrazioni poi si sollevano

man mano più energiche e frequenti quanto più si divaricano le tre branche dilatatrici.

È questo l'effetto dell'azione dinamica spiegata dall' istrumento. Le tre aste metalliche collocate nel canale cervicale e passanti lungo la vagina, agiscono appunto come corpi stranieri, eccitando l'utero alla contrazione; su tale azione noi dobbiamo assai calcolare, poichè per tal modo, nei casi di collo non ancora accorciato, questo tende a scomparire, e rende quindi più agevole assai la dilatazione meccanica.

E tanto più vi si può calcolare considerando il fatto, in tutti i casi nostri constatato, che col dilatarsi delle branche, *aumenta l'intensità e la frequenza delle contrazioni.* Entro certi limiti si potrebbe quindi affermare, che è in potere dell' operatore di sollevare ed aumentare tale azione dinamica, il che renderebbe questa superiore a quella spiegata dal catetere del Krause anche colla modificazione apportatavi dal Bompiani (30). Ad essa devesi aggiungere, come è ovvio, *l'azione meccanica* la quale, nel parto forzato, è la base del nostro processo operativo.

Già dicemmo delle difficoltà incontrate dagli autori ad ideare un istrumento avente una sufficiente resistenza insieme ad un calibro dell'estremità delle branche riunite, tale da poter senza traumi facilmente penetrare attraverso un canale cervicale, anche punto modificato nella sua lunghezza. Nessuno infatti dei divulsori attualmente esistenti soddisfa a tali due condizioni, ed in ciò trovammo una delle ragioni più serie della quasi nessuna fiducia finora riposta dagli ostetrici nella dilatazione meccanica del collo.

Il nostro dilatatore, pur presentando alla sua estremità, in corrispondenza cioè delle asticelle *n* riunite, un calibro che colla massima facilità vedemmo più volte penetrare anche in canali cervicali di primipare non ancora menomamente accorciati, è dotato di tutta la resistenza e forza che si possono desiderare in qualsiasi contingenza ostetrica in cui sia indicata, anco d' assoluta urgenza, la dilatazione meccanica.

Dato l'uso a cui deve l' istrumento servire, non crediamo che si possa richiedere un' entità di forza maggiore. Concludendo quindi possiamo affermare, che ci è dato tenere in serio calcolo in particolar modo l'*azione dinamica* di questo processo operativo nella provocazione artificiale del parto, e che ci è lecito essere sicuri dell'effetto dell' *azione*

meccanica e su questa in modo particolare fare fidanza quando trattisi di parto forzato d'assoluta urgenza. In tutti i casi poi dobbiamo ritenere che l'una e l'altra azione opportunamente si uniscono, entrambe contribuendo all'esito finale.

IV. Indicazioni.

Le indicazioni a cui la dilatazione meccanica del collo quale venne da noi proposta potè già fin d'ora soddisfare, sembreranno certo numerose; vogliamo però far notare che qui esponendole intendiamo, non di generalizzarle, non di darle come regola, ma di limitarci ad accennare a quelle in cui abbiamo potuto finora fare opportune esperienze cliniche, riservando ad altra epoca una critica di esse. Queste esperienze cliniche sono nella presente memoria esposte in modo che il lettore si troverà in condizione, da un attento esame delle stesse, di dedurne ben fondate considerazioni.

a) Provocazione del parto prematuro. — Sull'uso di questo metodo nella provocazione del parto prematuro, sia per viziatura pelvica sia per altre cause, ci trattenemmo dal pronunciarci, perchè era nostro intendimento di esperimentarlo prima nel parto forzato e constatarne gli effetti.

Dal complesso però dei fatti osservati ed attentamente studiati ci crediamo autorizzati a ritenere, che, in circostanze speciali della *pratica privata, in cui disagevole e pericoloso può essere un maneggio prolungato di varii giorni anche per la semplice provocazione del parto prematuro*, la dilatazione meccanica del collo col nostro dilatatore possa avere un'utile applicazione. Pur ripetendoci alquanto, diremo che i vantaggi che se ne ponno avere sopra gli altri metodi sono:

1. Che l'ostetrico può a volontà più o meno accelerare l'atto operativo, regolandosi secondo le condizioni in cui si trova la madre od il feto non solo, *ma l'ambiente in cui devesi operare.*

2. Il tempo che si impiega, per quanto gradatamente si compia l'atto operativo, è sempre inferiore a quello richiesto da tutti gli altri metodi.

3. Urgendo, senza ricorrere ad altri mezzi può servirci prontamente pel parto forzato.

4. È di più facile applicazione e celere e offre meno campo a cause di infezione.

Tale utilità, più che dalle nostre argomentazioni può chiaramente apparire se anche superficialmente si esaminano le storie cliniche annesse alla presente memoria, e cioè:

2, 4, parto prematuro per lesioni polmonari gravi minaccianti la vita della madre e del feto. Madre e figli salvi;

3, parto prem. per nuovo accesso di psoriali. Guarigione della madre e figlio salvo;

6, parto prem. per viziatura pelvica. Madre e figlio salvi;

11, 38, parto prem. per vomiti incoercibili. Madre e figlio salvi;

13, 29, 40, parto prem. per minaccia di morte della madre e del prodotto del concepimento stante le gravi condizioni della paziente. (Edemi diffusi, dolori di compressione insostenibili, ecc.) Esiti pienamente felici.

La miglior prova poi può esserci fornita dalla considerazione, che in parecchi dei 41 casi clinici qui presentati si iniziò l'atto operativo col metodo del Krause, e si dovette poi terminarlo, sia per la lentezza dell'azione di esso, sia per l'insorgere di indicazioni urgenti, colla dilatazione meccanica graduata.

E qui appunto si presenta l'opportunità di far notare come colla dilatazione meccanica graduata in molti casi si confondono la provocazione artificiale del parto ed il parto forzato, appunto perchè questo metodo riunisce i vantaggi dell'uno e dell'altro intervento ostetrico, ed all'altro felicemente si presta. Efficacemente convalidano questa nostra asserzione i casi clinici: N. *3* (caso di psoriasi), N. *8* (stenosi del collo), N. *23* (stenosi del collo) nei quali all'applicazione del dilatatore, dopo un tempo limitato seguì l'espulsione spontanea di feto vivo.

b) *Eclampsia.* — Nei casi di eclampsia è dove la dilatazione meccanica col nostro divulsore può dare veramente i migliori risultati.

È indubitato che quando sopravvengono forti accessi eclampsici durante la gravidanza, a collo non ancora modificato nella sua lunghezza e che non si riesce a dominarli, tanto che la paziente ed il prodotto del concepimento sono in pericolo imminente di vita, nessuno dei mezzi finora suggeriti soddisfa in modo sicuro all'indicazione di svuotare il più rapidamente possibile la cavità uterina. La dilatazione manuale assai difficilmente riesce, nè è necessario che io lo dimostri; le incisioni, nei

casi di collo ancora lungo, sono sconsigliate anche dai fautori di esse, i sacchetti dilatatori non sono applicabili se non vi ha già un certo grado di dilatazione, gli altri mezzi sono d'azione lunga, e ne viene quindi di conseguenza, che la operanda, in simile circostanza, specialmente se primipara, sovente soccombe.

Nel nostro metodo di dilatazione meccanica nessuno, è a credersi, negherà esistere tutto quanto si può dall' ostetrico desiderare, perchè può con sicurezza e tranquillità d'animo assoluta affrontare simili contingenze, che sono le più gravi e pericolose, che si possono offrire. I casi N. *1, 9, 16, 21, 41,* di cui in *tre* trattavasi di pazienti primipare, possono servire a conferma di ciò. Tutte le pazienti e tutti i neonati furono salvati: l' unico feto estratto morto, era premorto all' atto operativo. — L' Halberstsma (31) nel Congresso Internazionale di Berlino (1891) sosteneva la proposta di praticare il taglio cesareo nei casi gravi di eclampsia e lo Schauta in questo anno (32) riportava tre esiti felici della sua clinica.

Evidentemente questi insigni ostretrici a tale mezzo d' intervento furono condotti dal riconoscere che tutti gli altri mezzi riuscivano infidi.

Di fronte però al processo da noi proposto sarà opportuno insistere in tale concetto? — Noi non lo crediamo; il taglio cesareo in simili condizioni, se in una clinica può riuscire atto operativo facile, nella pratica privata presenta difficoltà materiali e morali assai gravi.

Una considerazione, che soventi i grandi operatori dimenticano, si è che nel proporre i varii interventi devesi tenere presente che la gran maggioranza dei sanitari deve operare, nei casi urgenti, in case private, soventi in località ed in ambienti disagevolissimi, privi di tutto, in mezzo ai parenti che vi assediano di domande e di lagni, e che difficilmente lasciano quella tranquillità d'animo tanto necessaria in simili contingenze.

Nel proporre quindi metodi e processi, devesi pensare che questi siano facilmente, senza serii ostacoli applicabili da tutti i sanitarii. Se nelle maternità e nelle cliniche si può fare dell'ostetricia operativa, diremo, di lusso, a domicilio il pratico, in particolar modo il povero medico condotto che trovasi solo e talora senza mezzi, è obbligato a fare dell'ostetricia operativa di pura necessità, che si presti ai suoi mezzi e al personale insufficiente.

Nè si potrà certo con sano criterio ritenere che in tesi generale,

per quanto splendide siano i dati statistici in proposito forniti dalle cliniche, sia razionale il consigliare il taglio cesareo a preferenza di questo mezzo semplice, facile, applicabile anche da un solo sanitario, richiedente che un solo istrumento, il dilatatore.

c) *Lesioni polmonari, tubercolosi, nefrite*, e tutte quelle malattie che ponno intervenire, o che preesistendo, si aggravano nella gestante mettendone in pericolo la vita, e, come è ovvio, compromettendo anche quella del prodotto del concepimento.

Non è possibile fare un quadro generico dei sintomi che in queste circostanze si presentano; ogni caso offre al sanitario occasione speciale di studio e di meditazione, ed in ogni caso la causa dell'indicazione può variare.

Spigolando nella nostra statistica vediamo nelle storie *5, 24, 25*, indicato d'urgenza l'intervento per le gravi condizioni delle ammalate di cui vedevasi rapidamente avvicinarsi la catastrofe finale; edema, dispnea imponente, gravi squilibrii circolatorii, ecc., ed i risultati dell'intervento rapido in tutti tre felicemente corrisposero. Interessantissima al riguardo il caso *25* in cui fu operatore il dott. Sangregorio.

d) *Vizii cardiaci* — Sappiamo di quale gravità possa essere la complicanza di vizio cardiaco in gravidanza, ed a quali dolorose improvvisate si può essere esposti.

Talora, sia nell'interesse della madre, sia nell'interesse del prodotto del concepimento, è indicato un rapido svuotamento della cavità uterina, ed in queste circostanze la dilatazione meccanica può dare utili frutti.

Il caso N. *19* viene fornito ad esempio assai eloquente dai dottori Ferri e Caravaggi. Trattavasi di gestante a sei mesi, affetta da insufficienza della mitrale, nefrite cronica, albuminuria, edema polmonare, dispnea, ecc., in stato di quasi agonia. Lo svuotamento dell'utero si imponeva urgentemente, ma erasi dinnanzi una *primipara* ed il collo uterino non era punto accorciato. Col divulsore si ottenne in 35 minuti una sufficiente dilatazione che permise l'estrazione del feto. La madre fu salva, e nessuna lesione notevole al collo si riscontrò successivamente. Fu questa, se non erro, la prima applicazione fatta dalla Guardia Ostetrica di Milano del nostro metodo.

e) *Placenta previa.* — Nei casi di placenta previa con perdita di

sangue abbondante e resistente ai comuni sussidii terapeutici, se il collo non è ancora accorciato o lo è di poco, e non permette l'introduzione delle dita e successivamente della mano nella cavità uterina, la dilatazione meccanica può rendere utili servigi sia per la madre, che pel prodotto del concepimento.

Si suggerisce nell'ostetricia classica di portare i piedi in vagina, ed abbandonare poi a sè stesso il parto. Questa condotta aspettante non è però priva di pericoli in particolare modo pel feto, e presenta serii inconvenienti. L'ostetrico conscienziosamente sarebbe in tali contingenze obbligato a rimanere presso la paziente sinchè non sia avvenuta l'espulsione. Nè possiamo essere garantiti contro una emorragia interna, che rapidamente tolga la vita alla madre. Nei due casi *15* e *35* l'intervento col dilatatore diede risultati soddisfacentissimi, e credo che siamo autorizzati a sperare, che altri successivi esiti ne faranno suggerire l'applicazione nelle forme più gravi. Il dott. Sangregorio poi, esponendo un caso occorsogli (V. N. *37*) di *placenta previa centrale,* in cui applicò il dilatatore a membrane integre con esito felice per la madre e pel feto, spera che questo metodo possa sostituire ogni altro anche in sì grave contingenza.

f) *Rigidità del collo.* — La nostra statistica ci fornisce sette casi, N. *7, 8, 10, 28, 30, 31, 33,* nei quali gli esiti furono tali da incoraggiarci senza dubbio a continuarne l'applicazione. In tutti sette infatti si ebbe la salvezza della madre ed in sei si salvò anche il prodotto del concepimento; nell'unico caso (nel *10*) in cui soccombette il feto esisteva, oltrechè la stenosi del collo, anche procidenza del funicolo.

In nessuno conseguì metrorragia, che poteva essere indizio di profonda lacerazione del collo.

Esaminate le pazienti in epoche lontane dal parto, non si riscontrarono lacerazioni degne di nota.

Ed è a sperarsi che gli stessi effetti si possono ottenere nei casi a cui allude il Maygrier quando serive: « A un dégre plus élevé, quand la rigidité est incoercible, dans les formes de rigidité syphilitique, tous les moyens précédents, même l'écarteur Tarnier, le plus souvent échouent, et l'on reste depourvu, obligé de se resigner à attendre que se deroule la suite fatale des accidents, a moins qu'on n'ait recours à des interventions plus décisives. »

Ciò devesi sperare se si pensa sia ai risultati già da noi ottenuti, sia alla forza certo grande, che l'istrumento può opporre. Nuovi esperimenti però necessitano per decidere. Poichè nel mentre pei casi di rigidità anatomica il vantaggio è incontestabile e venne dal dott. Sangregorio (33) sostenuto decisamente colla presentazione di quattro casi felici, pei casi di rigidità sifilitica lo stesso dott. Sangregorio riporta due casi con esito negativo e si pronuncia contrario. — Corre però qui opportuno di notare che nei casi *7, 28* e *33* si trattava di *stenosi cicatriziale.*

g) *Tetania dell'utero.* — Quando intervenga tetania dell'utero e che siavi rottura delle membrane è noto come il prodotto del concepimento sia esposto a quasi sicura morte. In queste circostanze, urgendo liberare il feto, se il collo non è sufficentemente dilatato nè dilatabile, potrà riuscire utile la dilatazione meccanica.

Può inoltre questo intervento rendersi giustificato anche quando le membrane siano intere, ma la tetania perduri da molte ore e non ceda ai soliti calmanti.

Il caso *32* richiese appunto, per tale causa, l'uso del dilatatore, e felicissimo ne fu l'esito.

Egualmente dicasi dei casi d'*incarceramento* di placenta conseguente appunto a tetania uterina.

Le storie *17* e *39*, si riferiscono precisamente a due pazienti nelle quali, espulso il feto, essendo sopravvenuta tetania uterina per inconsulta somministrazione di segale cornuta, si ebbe incarceramento della placenta.

Il dott. De-Paoli ed il dott. Maggiani, dopo esperiti gli abituali mezzi, dilatarono meccanicamente il collo, che fortemente rinserravasi, e riuscivano a portare la mano nella cavità uterina e ad estrarre la placenta.

h) *Pioemia per morte e putrefazione del prodotto del concepimento nella cavità uterina.* — Quando il feto trovasi morto nella cavità uterina, ma le membrane sono intatte è regola attendere, che l'utero entri spontaneamente in contrazione fino ad espellere il contenuto.

Solo l'insorgere di febbre alta e di fenomeni di intossicazione ci autorizzeranno ad un intervento urgente.

Ma quando il prodotto del concepimento è morto e le membrane sono rotte, allora accade, come è evidente, che si ha decomposizione e

putrefazione del contenuto uterino, e quindi, successivamente, assorbimento di materiali putridi, che possono rapidamente portare in fin di vita la paziente.

In queste circostanze è assolutamente dovere del sanitario lo svuotare d'urgenza il cavo uterino ed il praticare una scrupolosa disinfezione di esso.

Accade però non di rado che insufficienti siano le contrazioni od anco nulle, e che il collo uterino mantengasi chiuso o poco beante e talora anche punto accorciato.

In questi casi l'intervenire coi comuni metodi di provocazione del parto equivale a perdere un tempo preziosissimo, equivale ad esporre a sempre più grave pericolo la paziente sottoposta ad un rapido e fatale avvelenamento. La dilatazione manuale il più delle volte non riesce e le incisioni espongono a più rapida diffusione dei materiali infettivi. Non crediamo quindi che altre argomentazioni necessitano per dimostrare come in queste contingenze incontrastabili effetti possa portare il metodo nostro della dilatazione meccanica.

Informino a tal uopo le storie cliniche *12, 14, 18, 20, 26, 34;* sei pazienti operate in condizioni punto fauste e tutte guarite.

i) In gestanti agonizzanti ed in sostituzione del taglio cesareo post mortem. — Dopo gli studii statistici dell'Aveling (34), il Duparque (35), l'Heymann (36), il Thévenot (37) ed in particolar modo il Rizzoli (38) sostennero l'opportunità del parto forzato per le vie naturali in casi di donna agonizzante, od in stato di morte apparente o appena morta, e per opera appunto del Rizzoli questo moto di intervento presso il nome di *metodo italiano.*

Il Mangiagalli (39) ed il dott. Rosario Vitanza (40), furono fra i più recenti sostenitori di questo metodo.

Le ragioni che spingevano per l'addietro a seguire le idee del Rizzoli erano assai più serie che in oggi; la poca perfezione cioè del taglio cesareo ne costituiva un atto operativo di gravità assai superiore a quanto ora sia. In oggi però abbiamo persistente le considerazioni d'indole morale e psichica, le quali soventi ponno rendere il sanitario titubante nell'intervenire in tempo a praticare un taglio cesareo su una paziente non ancora spirata o che è appena spirata, per quanto la tecnica siasi d'assai perfezionata.

Ed è certo con maggior tranquillità che l'ostetrico può accingersi anche in donna agonizzante ad estrarre il feto per le vie naturali, che non a mezzo del taglio cesareo. Con tutto ciò havvi una tendenza ad abbandonare il parto forzato per seguire il metodo laparotomico. E la spiegazione risiede, oltrechè nella maggior confidenza acquistata in questi grandi atti operativi, nei mezzi, all'incontro, troppo primitivi, mi si permetta l'espressione, che si adottano pel parto forzato. Essi sono infatti la dilatazione manuale e l'isterostomatomia; processi, come vedemmo, specialmente infidi quando il collo non sia scomparso. Nella dilatazione meccanica col nostro divulsore noi crediamo, che il parto forzato nelle riferite circostanze troverà un assai valido sostegno, poichè con esso può presentare la sicurezza di riuscita dell'atto operativo.

V. Prognosi.

La prognosi dell'intervento ostetrico, che forma argomento di questa memoria, devesi razionalmente considerare per rapporto alla madre, al feto ed alle condizioni in cui può successivamente rimanere l'apparecchio genitale.

a) *Per rapporto alla madre.* — Evidentemente deve la prognosi mutare per rapporto alla madre, secondo le indicazioni, che suggerirono l'applicazione del dilatatore. Che se ad esempio siamo condotti ad operare una gestante in *articulo mortis*, obbiettivo principale sarà la salvezza del feto, ben difficilmente mutando la prognosi per la madre qualunque sia il metodo di intervento. La nostra statistica però non potrebbe fornire migliori risultati; su *41* operate *nessuna* paziente si perdette per l'operazione; una di esse (N. *5*), affetta da tubercolosi della laringe e da edema delle glottide, morì per queste stesse lesioni due giorni dopo il parto ed una seconda (N. *22*), operata in stato di agonia, soccombeva tre ore dopo estratto il feto.

In tutte le altre non solo si salvarono le gestanti, ma si ebbero anche puerperii relativamente fisiologici. Ed è a notarsi, che sonvi casi di complicanze gravissime, quali la nefrite, i vizi cardiaci, lesioni gravi dell'apparecchio respiratorio, eclampsia, placenta previa, ecc., casi in cui solo in un rapido intervento potevasi sperare la salvezza della madre.

b) *Per rapporto al feto.* — Dei 41 interventi, in 2 trattavasi d'incarceramento di placenta, in quattro il feto non era vitabile, ed in sei il feto era già morto avanti l'intervento; due soli morirono durante l'atto operativo; esisteva però in una di tali contingenze, procidenza del funicolo ombellicale; tutti gli altri furono salvi. Esito migliore quindi non potevasi desiderare; e tanto più meritano d'essere seriamente considerati tali esiti, in quanto che gravissime furono soventi le indicazioni, tali cioè che ben poco si sarebbe pensato al prodotto del concepimento, imponenti essendo le condizioni della madre.

c) *Per rapporto alle condizioni in cui può rimanere l'apparecchio genitale dopo l'atto operativo.* — Solo di 27 delle operate ci fu dato fare un esame attento interno dell'apparecchio genitale, e su di esse in due si riscontrò una lacerazione alquanto profonda del collo. Nelle altre le cicatrici non dimostravano che fossero intervenute lesioni superiori a quanto abitualmente accade sia in casi d'applicazione di forcipe o di estrazioni manuali, sia in casi di parto spontaneo. Gli egregi sanitari della Guardia Ostetrica di Milano ebbero a constatare gli stessi fatti.

Dinnanzi a tanta palese realtà noi quindi crediamo, che debba cadere l'obbiezione che insistentemente viene fatta dagli avversari della dilatazione meccanica del collo, che cioè si producono in questa serie le profonde lacerazioni tali da mettere anche in pericolo immediato la vita dell'operata. In nessuno dei casi qui riportati si ebbe emorragia da lacerazioni, di vasi cospicui causate dal dilatatore; l'aver riscontrato due casi di cicatrici alquanto profonde poi non è fatto grave se si considera che la percentuale (V. statistiche dell'Emmet) delle lacerazioni profonde nei parti artificiali è d'assai superiore. Nè, per rapporto alla prognosi, devesi dimenticare la facilità che la tecnica di questo processo operativo offre.

Attenendosi alle prescritte norme, questo metodo di intervento può essere alla portata di qualunque sanitario, che si senta capace di praticare una semplice applicazione di forcipe od un rivolgimento.

CAPITOLO IV.

Conclusione.

L'esame critico delle proprietà che debbonsi richiedere in un divulsore perchè venga utilmente usato nella provocazione artificiale del parto e nel parto forzato, ci ha condotti a ritenere che nel nostro dilatatore metallico, tali proprietà esistono. Che esso poi indubbiamente risponda alle necessità di questa pratica ostetrica, le prove cliniche lo dimostrarono.

Il volume ed il peso che a tutta prima gli si potrebbero addebitare come difetti, vedemmo come punto debbano ridursi per non diminuirne la forza, e come menomamente non danneggino.

Le molteplici contingenze ostetriche presentatesi in modo veramente fortunato, ci misero in condizione di constatare praticamente le difficoltà e le circostanze più salienti che possano accompagnare l'applicazione di questo atto operativo, tantochè abbiamo potuto dettare delle norme, che crediamo abbastanza dettagliate, per premunire l'ostetrico contro le più importanti eventualità che si possano presentare, norme che per l'indole loro e ben esaminate, possono condurre ad un vero e speciale *processo operativo.*

Constatammo quanto ampie siano le indicazioni, come esse possano riunire i fatti distocici i più imbarazzanti, e come il metodo in argomento quindi possa soddisfare ad una serie di contingenze ostetriche le più gravi.

Il tempo, nel campo ostetrico, è l'elemento di massima importanza; la previdenza per quanto scrupolosa, l'abilità per quanto grande, l'esperienza per quanto profonda, contro di esso soventi si infrangono.

Orbene, col metodo operativo descritto, si provvede perchè l'ostetrico possa anche tale elemento dominare, ciò che sopratutto le esperienze cliniche hanno potuto dimostrare. E questo sarà il pregio suo particolare, se qualche pregio ad esso dagli ostetricanti verrà accordato.

Nella serie delle indicazioni incontrerà le maggiori obbiezioni certo

quella della provocazione del parto prematuro, molteplici essendo i mezzi che ad essa in oggi soddisfano e che sono entrate nelle abitudini del clinico.

Non è a disperare però che il tempo e l' esperimento ci diano ragione, facendo riconoscere nel nostro metodo a tale riguardo i vantaggi (specialmente nella pratica privata), che cogli altri mezzi non si ponno certo ottenere, sommo sopratutto quello che rende l' operatore arbitro della situazione, di accelerare o meno secondo le condizioni esistenti o che ponno insorgere in ciascun caso.

La prognosi, per quanto l' amore alle proprie convinzioni possa trascinare a soverchio ottimismo, è affidata ai dati statistici, nè questi avrebbero potuto finora rispondere in modo più incoraggiante.

L' ideare istrumenti non è difficile cosa, e lo dimostrano l' uso e l' abuso che in oggi se ne fa nel campo chirurgico; altri divulsori ostetrici potranno essere costrutti del presente anche assai più perfetti, sarà però sempre eguale nella sua entità il processo operativo.

Se poco o punto può eccitare l' amore alla priorità di un istrumento, sommamente invece solletica la difesa e la diffusione di un principio, di un metodo, che si siano fatti strada nel raziocinio e nella coscienza individuale.

Si dice che le idee, se sono buone, si fanno strada da sè attraverso i tempi; noi crediamo che al tempo convenga aggiungere la libera discussione dei principii cui le idee si informano, il libero esame dei fatti.

Ed un principio, ed un metodo è in ostetricia la dilatazione meccanica del collo, il concetto della quale già un tempo sollevato all'onore della critica, venne poi messo nel dimenticatoio.

Risollevandolo con intenti più ampii e con applicazioni più vaste non temiamo il regresso, poichè regresso non sempre significa il tornare all' antico, ma con compiacenza pensiamo a quella sana e dai fatti omai ben consolidata sentenza: *multa renascentur quæ jam cecidêre.* E se l'entusiasmo di chi patrocina un' idea non ci conduce all' errore, osiamo sperare, che col tempo l' ostetricia clinica ammetterà l' utilità di poter essere in grado, ad ogni evento, di mettere in pratica la dilatazione meccanica.

Una considerazione, d' altronde, ci importa di far notare *attentamente* chiudendo questa memoria ed è che, se per tutti gli altri rami della

medicina, quali la chirurgia generale, la medicina interna, l'oculistica, la sifilografia, ecc., di poco mutano le circostanze fra il trattamento delle varie forme a domicilio o nelle cliniche o negli spedali, stante la possibilità, in generale, di avere il tempo materiale a disposizione per prepararsi, studiare il caso, procurarsi i mezzi necessarii e per chiedere, occorrendo, l'intervento di altri colleghi, in ostetricia invece, stante il grave fatto dell'urgenza, stante la parte difficoltosa dell'organismo su cui si deve agire, le condizioni mutano e mutano d'assai.

E molti interventi che si possono con facilità, quasi senza pericoli, scegliere e suggerire in una clinica, in una maternità, ove havvi sempre pronto, oltrechè un personale adatto, mezzi strumentali in gran copia, ambienti asettici ed anco una camera operativa apposita, gli stessi interventi diventano irti di inconvenienti e pericoli, e riesce imprudente, insano e talora irrisorio il suggerirli al sanitario che solo, con mezzi insufficienti, senza preparazione, sovente in ambienti improprii, sucidi, trovasi alle prese con gravi complicanze.

Non si dimentichino le immense, le dolorose difficoltà che offre l'ostetricia operativa a domicilio, *in soffitta*, in confronto dell'ostetricia operativa comodamente, tranquillamente, con tutt'agio fatta negli ospedali, e ideando processi e metodi d'intervento e suggerendo piuttosto l'uno che l'altro, proponiamoci *sopratutto* per meta che essi siano adatti e facili ad applicarsi anche dal sanitario che trovasi solo, in balia a sè stesso, scarso di mezzi, impreparato, in cattivi ambienti.

E questo, in particolar modo, è il concetto che ci ispirò la presente pubblicazione.

CASISTICA DEGLI ATTI OPERATIVI

COL METODO DELLA DILATAZIONE MECCANICA DEL COLLO UTERINO.

1. Gravidanza alla fine dell'ottavo mese — accessi eclampsici — grave pericolo di vita per la madre e pel feto — madre salva — dilazione del collo uterino ed estrazione di feto vivo in un'ora e 15 minuti — operatore Bossi.

2. Primipara — gravidanza alla metà del nono mese complicata da bronco-pneumonite con alta temperatura e gravi accessi dispnoici —

feto in serio pericolo di vita — dilatazione del collo ed estrazione del feto col forcipe in 2 ore e 40 minuti — madre e figlio salvi — operatore Bossi.

3. Gravidanza al principio del nono mese, insorgenza di nuovo grave accesso di psoriasi — provocazione del parto colla dilatazione meccanica del collo, ed espulsione spontanea del feto dopo tre ore e mezza dalla introduzione dell'istrumento — feto vivo — guarigione della madre e puerperio normale — operatore Bossi.

4. Pluripara alla fine dell'ottavo mese di gravid. — tubercolosi polmonare grave — serio piccolo per la madre e pel feto — applicazione del dilatatore — graduata divaricazione delle branche — rivolgimento — madre e figlio salvi — puerperio normale — operatori Bossi e Marini.

5. Pluripara — gravidanza al nono mese complicata da polmonite e laringite tubercolare — edema della glottide — minaccia di soffocazione — dilatazione ed estrazione di feto vivo col forcipe in 6 ore — operatori Bossi e Marini.

6. Primipara, gravida alla fine dell'ottavo mese, con viziatura pelvica 2.° grado — provocazione del parto dopo esperito altri mezzi — col metodo meccanico estrazione di feto vivo col forcipe — operatori gli assistenti della clinica di Genova.

7. Primipara a termine di gravidanza, in soprapparto da 30 ore con stenosi cicatriziale completa dell'orificio esterno — applicazione dell'istrumento nel periodo di tre ore — feto vivo estratto poi col forcipe — puerperio normale — nessuna lesione notevole al collo uterino — operatore Marini.

8. Primipara, a termine di gravidanza, in soprapparto da 38 ore — stenosi incompleta del collo — applicazione del dilatatore ed espulsione spontanea di feto vivo 3 ore e 25 minuti dopo — operatore Bossi.

9. Primipara — gravidanza all'ottavo mese — feto morto — eclampsia albuminurica — applicazione del dilatatore a collo di lunghezza normale — dilatazione sufficiente in 15 minuti — applicazione di forcipe — guarigione della paziente — operatori De-Paoli ed A. Sacchi.

10. Primipara — gravidanza a termine — collo dilatato di un centimetro e non dilatabile manualmente — donna assai sofferente — sacco rotto — procidenza del funicolo ombellicale — dilatazione sufficiente dopo 20 minuti — applicazione di forcipe allo stretto superiore — guarigione della paziente — operatori Marini e De-Paoli.

11. Primipara — gravidanza al principio del nono mese complicata dal fibromioma del fondo dell' utero e da vomiti incoercibili — applicazione del dilatatore a collo di lunghezza normale — dilatazione sufficiente dopo mezz'ora — applicazione di forcipe ed estrazione di feto vivo dopo un quarto d'ora — puerperio fisiologico — operatori Bossi e De-Barbieri.

12. Primipara — gravidanza al settimo mese — (feto morto) e sacco rotto da tre giorni — sintomi manifesti di infezione — stenosi del collo uterino — applicazione del dilatatore — dilatazione sufficiente dopo due ore — rivolgimento classico — guarigione — operatore De-Paoli.

13. Terzipara — gravidanza alla fine del sesto mese — acuti, continuati ed insopportabili dolori all' addome spiccatamente alla fossa iliaca di destra — paziente in grave stato di denutrizione e di cloro-anemia — nessun effetto dai molteplici mezzi terapeutici impiegati — provocazione rapida del parto con esito felice dopo tre quarti d'ora — puerperio fisiologico — operatore Marini.

14. Primipara — gravidanza settimo mese — feto morto — stenosi del collo — applicazione dilatatore — dopo 2 ore e 1[2 applicazione di forcipe allo stretto superiore — nessuna lacerazione — guarigione dell' ammalata — operatore De-Paoli.

15. Pluripara — gravidanza sesto mese — placenta previa — collo di lunghezza normale — dilatazione meccanica in 15 minuti per metrorragia imponente — estrazione del feto — guarigione della paziente — operatori De-Paoli e Marini.

16. Pluripara — gravidanza a termine — eclampsia albuminurica — collo chiuso di poco accorciato — dilatazione in 10 minuti — applicazione di forcipe allo stretto superiore — testa mobile — feto vivo — guarigione della paziente — operatori De-Paoli e Cagnoli.

17. Primipara — incarceramento della placenta in seguito a segala cornuta — dilatazione rapida col dilatatore Bossi — estrazione seconda — guarigione della paziente — operatore De-Paoli.

18. Pluripara — gravidanza ottavo mese — feto morto in cavità — provocazione parto metodo Krause — dilatore Bossi a collo scomparso — rivolgimento — guarigione della paziente — operatore De-Paoli.

19. Primipara — gravidanza a sei mesi e mezzo — complicata da insufficienza della mitrale e da nefrite cronica — cianosi — dispnea — edema polmonare — albuminuria — dilatazione in 35 minuti — estra-

zione del feto con rivolgimento — puerperio buono — madre salva — operatori Ferri e Caravaggi della Guardia Ostetrica di Milano.

20. Pluripara a termine di gravidanza — sacco rotto da 15 giorni — feto morto e putrefatto — procidenza del funicolo — stato allarmante della paziente — dilatazione in 33 minuti — estrazione di feto putrefatto — guarigione della madre — operatori Ferri e Caravaggi della Guardia Ostetrica di Milano.

21. Pluripara — ottavo mese di gravidanza complicata da eclampsia — dilatazione meccanica in 25 minuti ed estrazione col forcipe di feto vivo — guarigione della paziente — operatori Ferri e Caravaggi della Guardia Ostetrica di Milano.

22. Pluripara al sesto mese di gravidanza — agonizzante per eclampsia — dilatazione del collo in 30 minuti — estrazione del feto con rivolgimento — donna morta dopo tre ore — operatori Ghersi e Ferri.

23. Primipara — gravidanza a termine — mancata dilatazione dopo 33 ore — dilatazione meccanica sufficiente in 45 minuti — espulsione spontanea di feto vivo — puerperio normale — operatore Sangregorio della Guardia Ostetrica milanese.

24. Primipara al sesto mese di gravidanza — edema polmonare — idrotorace bilaterale — cianosi — dispnea — albuminuria, ecc. — collo di lunghezza normale — in un'ora e mezza dilatazione sufficiente ed estrazione del feto — madre salva — operatore Sangregorio della Guardia Ostetrica di Milano.

25. Primipara — gravidanza a termine — nefrite — grave dispnea — pericolo di vita per la madre e per il feto — dilatazione meccanica ed estrazione di feto vivo col forcipe in 15 minuti — donna salva — puerperio normale — operatore Bossi.

26. Primipara — gravidanza quinto mese — feto morto in cavità putrefatto — febbre alta — collo chiuso di lunghezza normale — dilatazione meccanica sufficiente in 2 ore — rivolgimento classico — lavature endouterine — guarigione — operatore De-Paoli.

27. Pluripara — parto tardivo — stenosi e rigidità del collo per cicatrici — albumina nelle orine in gran quantità — cloro-anemia — applicazione del dilatatore meccanico Bossi — a collo lungo un centim. — dilatazione lenta — rottura artificiale delle membrane — applicazione di forcipe allo stretto superiore — testa mobile — estrazione della placenta coll'espulsione — feto vivo — guarigione della paziente — operatore De-Paoli.

28. Pluripara — collo non ancora completamente accorciato — stenosi da pregressa isterostomatomia — tessuti del collo cicatriziali — inestensibili — donna in soprapparto da 7 giorni — dilatazione sufficiente in 35 minuti — applicazione di forcipe — feto vivo — puerperio normale — operatori Ghersi e Ferri della Guardia Ostetrica di Milano.

29. Gravidanza al principio del nono mese — feto vivo — donna estenuata di forze — edema notevole degli arti e dei genitali esterni — fenomeni gravi di compressione — P. 140 — T. 39 — minaccia della vita per la madre e pel feto — provocazione del parto a collo per nulla accorciato — estrazione di feto vivo col forcipe — durata totale dell'operazione 50 minuti — puerperio fisiologico — operatori Bossi, Gras e Levrero.

30. Primipara — gravidanza a termine — albumina nelle orine — cloro-anemia marcatissima — rigidità anatomica del collo — parto tardivo — applicazione dilatatore Bossi a collo lungo e rigido appena pervio — forcipe allo stretto superiore — estrazione placenta — feto vivo — guarigione della paziente — operatore G. De-Paoli (Guardia Ostetrica, N. di registro 110).

31. Primipara, 38 anni — gravidanza a termine — stenosi del collo — collo edematoso — dilatato di un cent. circa — applicazione del dilatatore Bossi — dilatazione in 15 minuti — forcipe allo stretto superiore — feto vivo — guarigione della paziente — operatori Bossi e De-Paoli.

32. Primipara — gravidanza a termine — viziatura pelvica — tetania uterina — applicazione dilatatore Bossi a dilatazione di 3 cent. — Dilatazione completa in 10 minuti — rottura artificiale delle membrane — applicazione del forcipe allo stretto superiore — feto vivo — guarigione della paziente — operatori Bossi e De-Paoli (dal registro della Guardia Ostetrica, N. 151).

33. Primipara — gravidanza tardiva — in soprapparto da 3 giorni — presentazione trasvessa C. I. D. — stenosi cicatriziale degli orifizii — sacco rotto — applicazione del dilat. Bossi — dilatazione in 20 minuti — rivolgimento classico — applicaz. di forcipe a capo seguente — estrazione placenta — guarigione della paziente — operatore De-Paoli (Vedi Reg. Guardia Ostetr. di Genova, N. 139).

34. Primipara — gravidanza quinto mese — feto morto e putrefatto in cavità — sintomi manifesti di infezione — applicazione del dilatatore Bossi a collo di lunghezza normale — dilatazione in un'ora — rivolgimonto — nessuna lacerazione — guarigione della paziente — operatori Marini e De-Paoli (V. Reg. Guardia Ost. di Genova, N. 159).

35. N. N. gravidanza ottavo mese — metrorragia — placenta previa marginale — edemi agli arti inferiori — applicazione dilatatore Bossi a collo per nulla accorciato — dilatazione in 18 minuti — rivolgimento classico — feto vivo — guarigione della paziente — operatore Marini (V. Reg. Guardia Ost. di Genova, N. 167).

36. Caso già descritto estesamente nel Capitolo I.

37. Placenta previa centrale — VIpara — gravida di mesi 7 1[2 — più volte tamponamento — anemia grave — dilatazione 1 centimetro — 29. 5. 92, dilat. Bossi, 25 min. 7 cent. — rivolgimento — guarigione — feto vivo — operatore Sangregorio.

38. Vomito insistente — C. D. 10 cent. — 42 anni — rigidità anatomica del collo — 10. 3. 92, 8 ant., candeletta, doccie vaginali — 1 pom., rottura spontanea del sacco — 11. 3., 9 ant. dilataz. 5 cent. immutata da 10 ore — dilatatore Bossi — 15 min. dilat. completa — forcipe — bambino vivo; donna bene — operatore Sangregorio.

39. Pluripara, donna attempata — aborto a 5 mesi — inconsulta somministr. di segale cornuta per parte della levatrice — tetania uterina, incarceramento di placenta — vani tutti gli altri mezzi — dilat. Bossi — dopo 15 min. dilatato a sufficienza da poter estrarre la placenta — donna salva — operatore Maggiani.

40. Pluripara — principio nono mese di gravid — brividi di freddo da parecchi giorni e febbre alta (40, 41) — polso frequente (120, 130) — minaccia grave per la madre e per il feto — abitazione in montagna assai lontano dal centro e di difficile accesso — applicaz. dilat. Bossi — 60 min. dilatazione sufficiente ed estrazione podalica di feto vivo — puerperio fisiologico — dopo 4 giorni temperatura e polso normale — operatori Bossi, Olivieri e De Paoli.

41. Primipara — al nono mese di gravid. — albuminuria — edemi notevoli al viso, ai genitali, agli arti inferiori — gravi ripetuti accessi eclampsici — dilatato il collo di 2 cent. non dilatabile manualmente — urgenza d'intervento pel feto e per la madre — applic. del dilat. Bossi — 14 min. dopo applicaz. forcipe — feto vivo — donna salva — operatori Bossi e Gras di Sampierdarena.

BIBLIOGRAFIA.

1. E. Bonnaire. « De la dilatation artificielle du col de l'utérus dans l'accouchement. — Ecarteur Tarnier. » *Archives de Tocologie et de Gynécologie* (septembre, octobre et novembre 1891).
2. E. Grinda. « Tecnique de l'accouchement prématuré artificiel. » (Librairie J. B. Baillière et fils, Paris, 1891).
3. Scroeder. « Manuale di Ostetricia, » con note del prof. Tibone. (Pubblic. Vallardi, 1883).
4. Charpentier. « Traité pratique des accouchements. » Deuxième édition, Paris, 1890.
5. Bongiovanni e Lovati. *Annali di Omodei*, t. xxii, xxiv, xxix, xxxiv, xlii.
6. *Collezione italiana di letture sulla medicina*, diretta dai prof. Bizzozzero-Chiarleoni.
7. Bossi « Rendiconto clinico 1890. » Genova.
8. Tibone. « Trattato di Ostetricia » dello Schroeder, con note del prof. Tibone. Ediz. 1883, p. 251.
9. Porro. *Gazzetta Medica Italiana Lombarda*, Milano, 1880, pag. 289-299.
10. Pasquali. *Annali dell'Accad. di Medicina di Roma* del 1879.
11. Popow. « Pilocarpine, » dissert. inaugur. Petersburg, 1878.
12. Bayer. « Zur Einleitung der Künstlichen-Frühgeburt durch den constantem Stroïn. » *Zeitschrift f. Geburt. und Gyn.*, t. xi, 1885, p, 88.
13. Bruehl. « Zur Einleitung der Künstlichen Frühgeburt durch den constanten Stoïn. » *Arch. f. Gyn.*, t. xxx, 1887, p. 57.
14. Bossi. « Metodo del Krause e catetere reoforo per la provocazione artificiale del parto. » Comunizione alle R. Accademie Mediche di Torino e di Genova, 1886.
15. Sippel. *Centralblat f. Gyn.*, 1886, p. 362.
16. Hoffmann. *Centralblat f. Gyn.*, 1886, p. 42.
17. Germann. *Monat. f. Geb.*, t. xiii, 1859, pag. 209.
18. Keller. « Einleitung der Künstlichen Frühgeburt und der Abortus durch die heisse Douche. » Eübingen, 1881.
19. D. Tibone. « Sul tecnicismo e sul valore del metodo del Krause nella interruzione della gravidanza e di una nuova causa valevole ad eccitare la contrazione uterina. » *Rivista clinica e terapeutica di Napoli*, Napoli, 1885.
20. Tarnier. « Dilatateur utérin. » *Annales de l'Accad. de Méd. de Paris*, 1862.
21. R. Barnes. « Opst. Oper. » London, 1871, 2.ª edizione, pag. 365.
22. Barnes. *Brit. Med. Journ.*, 1880, p. 840.
23. Champetier de Ribes. *Ann. de Gyn.*, t. xxx, 1888, p. 401.
24. Calderini. « Del parto prematuro artificialm. provocato in Italia, indicazioni e metodi. » Memoria presentata al X.° Congresso Medico Internazionale di Berlino, 1890.
25. Cuzzi. « Lezioni di Ostetricia. »
26. Duehrssen. Seduta del 20 gennaio 1892 alla Società di Medicina di Berlino.
27. Weit. Idem.
28. Olshausen. Idem.
29. Olshausen. « Sull'eclampsia. » Raccolta di Volthmann, N. 39, 1892.
30. Bompiani. « Contributo alla tecnica della provocazione del parto prematuro. » *Bollett. della Società Lancisiana*, marzo 1888.
31. Halbertsma. *Atti del Congr. Internaz. di Berlino*, 1891.
32. E. Wertheim. *Wiener Klin. Wochenschr.*, N. 37, 1892.

33. SANGREGORIO. *Atti dell'Assoc. Medica Lombarda,* N. 5, 1892.

34. AVELING. « On post mortem parturitioni, with reference to forty four cases. » *London obst. Trans.*, t. XIV, 1873, pag. 240.

35. DUPARQUE. Société de médecine de Paris, avril 1892. *Gaz. hebd.*, 1864 (fait de 1840). « Sur l'accouchement par dilatation forcé du col. »

36. HEYMANN. « Traité pratique des accouchem. » 2.e édit. Bruxelles, 1886, p. 801. *Journ. des Sciences Méd. de Bruxelles,* février 1870 (discussion à la Société de Médecine de Bruxelles, etc.)

37. THÉVENOT. « De l'accouchement artificiel par les vois naturel substitué à l'opération césariennes. » *Annales de Gynéc.*, t. X, 1878, pag. 257.

38. RIZZOLI. « Del parto forzato artificiale istantaneo in sostituzione del taglio cesareo, ecc. » 1855.

39. MANGIAGALLI. « Le più recenti modificazioni al taglio cesareo, ecc. » Milano, 1884.

40. ROSARIO VITANZA. *Riforma Medica,* N. 285, 286 e 287, 1892.

BIBLIOGRAFIA

J. W. Ballantyne. — **The diseases and deformities of the foetus** *(Le malattie e le deformità del feto).* — Vol. I, editori Oliver e Boyd. Tweedale Court, Edimburgo.

Lo scopo di questo libro è lo studio della patologia fetale, e può considerarsi come nuovo il tentativo di coordinare sistematicamente in un'opera le cognizioni che noi abbiamo su tale argomento, aggiungendovi il ricco materiale di sua osservazione. — Il libro è dedicato, oltrechè a Dareste, a Simpson, all'autore della storia della teratologia, al prof. Cesare Taruffi, a questi anzi in prima linea, e non solo la dedica, ma la lettura del libro dimostra che non vennero dimenticati i contributi dati allo studio di questo argomento dagli osservatori italiani. La maggior parte di questo primo volume è dedicata a considerazioni d'ordine generale, ed è intesa a dimostrare l'importanza dell'argomento e ad illustrare i metodi d'investigazione, a ricercarne la parte storica, a classificare le malattie del feto. Due soli argomenti speciali vi sono, si può dire, largamente studiati, l'idrope generale e l'elefantiasi generale cistica. Dodici tavole illustrano il primo volume di quest'opera di cui ci auguriamo la sollecita continuazione.

POTTERY OF SCIENCE & ART LIBRARY
-1 FEB 93

INDICE

MEMORIE ORIGINALI

Belloni. — Di un nuovo uncino acuto ostetrico . . . . . *Pag.* 395
Bertazzoli. — Relazione di tre operazioni Porro di cui due con affondamento del peduncolo 1, 118
Bossi. — Sulla provocazione artificiale del parto e sul parto forzato . . 881
Caruso. — Operazioni complementari del taglio cesareo 169, 409, 517, 665, 839
— Contributo alla pratica della sinfisiotomia 241
Decio. — Considerazioni sopra due casi di inversione uterina 25
— Ancora una parola sulla posizione di Trendelenburg. Nuovo letto operatorio 593
Ferrari. — Cellule simili alle deciduali nella mucosa tubarica in un caso di salpingite catarrale acuta 567
— Contributo allo studio dell'istologia normale e patologica delle trombe falloppiane 643
Frascani. — Amputazione cesarea utero-ovarica con affondamento ed inversione del peduncolo. 615
Gigli. — Sopra una nuova modificazione delle applicazioni del forcipe Tarnier nello scavo 654
Giglio. — Tre casi speciali di endometrite del collo 105
— Tre casi di malformazione dei genitali muliebri 454
Landucci. — Delle lacerazioni perineali durante il parto e del loro trattamento immediato 329
La Torre. — Le mostruosità fetali dal punto di vista diagnostico 498, 549, 625
— Sifilide e gravidanza 717
— Basiotripsia per stenosi pelvica ed una nuova manovra 785
Mangiagalli. — Tre casi di utero unicorne con corno rudimentale . . . 351
— Due casi di tachicardia consecutiva ad operazioni laparotomiche . . . 746
Masetti. — Della gravidanza extrauterina e del suo trattamento operativo con la elitrotomia 819
Michelini. — Triennio 1888-89-90 della Maternità di Genova 260

Negri. — Prospetto clinico per l'anno 1891 . . . . . *Pag.* 196
Pazzi. — Nuovo forcipe 55
Piccinini. — Contributo allo studio della rotazione assile dei tumori addominali 132
Polacco. — Nuovo contributo allo studio dell'Ittiolo in ginecologia . . 574
Raineri. — Sull'evoluzione spontanea di un feto a termine 17
Spinelli. — Sulla sinfisiotomia 437, 481, 600, 731
Villa. — Sull'eclampsia puerperale 697, 790
— Mostruosità fetale ed idramnios acuto 757

TRADUZIONI.

Byford. — La tecnica della fissazione in vagina del moncone nella isterectomia addominale . . . . . *Pag.* 470
Fritsch. — Della rottura uterina nel campo medico legale 295
Harrison. — Osservazioni sopra la parametrite con speciale riguardo al suo significato patologico 141
Hewitt. — Sul vomito incoercibile durante la gravidanza . . . 75, 220, 369

RASSEGNA.

Acconci. — Sulla contrazione e sull'inerzia dell'utero . . . . . *Pag.* 475
Barnes. — Ablazione degli annessi uterini e di un tumore fibroso in un caso di metrorragia continua 160
Blanc. — Della tossicità orinaria nella donna incinta. 544
Bompiani. — Contributo clinico alla cura chirurgica dei fibromiomi dell'utero 100
— Quarta operazione cesarea con conservazione dell'utero 159
Bonnaire. — Di qualche anomalia cranica dei neonati 152
Bossi. — Taglio cesareo con estirpazione dell'utero e delle ovaie ed affondamento del peduncolo 159
— Una isterectomia totale per fibromioma con modificazione al metodo Martin 162
Bumm. — Ricerche istologiche sulla endometrite puerperale 478
Ceci. — Estirpazione di un fibromioma uterino del peso di Kg. 10,820 . 101
Cheron. — Il drenaggio della cavità uterina per le vie naturali . . . 542
Dmitri de Ott. — Sopra alcune modificazioni del procedimento operatorio nell'isteromiomectomia 161
Döderlein. — Fatti clinici e batteriologici intorno ad una epidemia di febbre puerperale 157

Dolan. — Setticemia puerperale . . . . . *Pag.* 623
Gattorno. — Un caso particolare di fibromioma sottomucoso dell'utero . 100
Gioia. — Modo raro di lacerazione del funicolo 695
Inverardi. — Una isterectomia addominale per mioma 100
Kaluston. — Un caso di sarcoma primitivo della vagina 478
Kisch. — Della tachicardia nella menopausa 695
Landau. — Sulle raccolte tubariche 306
Latis. — Ricerche sperimentali sulla trasmissione del carbonchio dalla madre al feto e sulla alterazione dei vasi che produce il carbonchio . . . 102
Lawson-Tait. — Ristaurazione del perineo femminile 155
Leopold. — Due sinfisiotomie con esito felice per la madre ed il feto . . 694
Leopold e Goldrerg. — Della inutilità delle irrigazioni e delle lavature vaginali nei parti normali e della grandissima importanza della palpazione ostetrica 477
Meyer. — Intorno alla cura del parto in presentazione di vertice con rotazione posteriore dell'occipite 155
Morison. — Cura chirurgica delle malattie degli annessi uterini . . . 778
— Caso di isterectomia vaginale per cancro uterino 781
Oliver. — Setticemia puerperale 538
Pagello. — Di una cisti erratica dell'addome a contenuto purulento . . 101
Pestalozza. — Contributo allo studio dei sarcomi dell'utero 163
Pittarelli. — Contributo alla patologia ed al trattamento chirurgico della inversione dell'utero 164
Robson. — Diagnosi di alcuni tumori supposti ovarici 540
Spinelli. — I risultati della sinfisiotomia antisettica presso la scuola ostetrica di Napoli 327
Studii di Ostetricia e Ginecologia: **Inverardi.** Dodici casi di ovaro-salpingectomia. — **Ferrari.** Due operazioni cesaree. — **Zaramella.** Di un caso di gastro-isteropexi per prolasso uterino di terzo grado. — **Ferruta.** Descrizione di un bacino trasversalmente ristretto. — **Calderini.** Del parto prematuro artificialmente provocato in Italia. — **Crosti.** Sul processo di cornificazione della vagina nei prolassi. — **Pozzoli.** Di un caso di operazione cesarea Saenger. — **De-Lama.** Descrizione anatomica di un mostro. — **Cuzzi.** Il laccio elastico nel trattamento intraperiton. del peduncolo nelle laparotomie. — **Pestalozza.** Studii anatomici e clinici sull'utero in gravidanza ed in travaglio. — **Clivio.** Contributo alla conoscenza dei primi stadii di sviluppo della placenta in alcuni mammiferi. — **Cioja.** Contributo allo studio della patogenesi della nefrite gravidica e dell'eclampsia. — **Acconci.** Sulla cura della parametrite sup-

purata. — Carbonelli. Di una rara causa di distocia per brevità relativa del cordone ombellicale. — Gallia. Contributo all'eziologia dell'osteomalacia. — Gaviglia. A proposito di un nuovo segno per la diagnosi di morte del feto nell'utero . . . . . *Pag.* 232-240
Tansini. — Contributo di chirurgia addominale per l'anno 1890-91 . . . 166
Truzzi. — Per la riabilitazione della sinfisiotomia 777

SOCIETÀ ED ACCADEMIE.

Associazione Medica Lombarda: — Decio. Sopra un caso di fibromi multipli complicanti la gravidanza. . . . . *Pag.* 167
Congresso internazionale di Ostetricia e Ginecologia a Bruxelles 168, 545, 762
Società Italiana di Ostetricia e Ginecologia 874

BIBLIOGRAFIA.

Ballantyne. — Le malattie e la deformità del feto . . . . . *Pag.* 928
Cuzzi. — Trattato di ostetricia e ginecologia 696
Lefert. — La pratique gynécolog. et obstétricale des hôpitaux de Paris . 879
Joüon. — Contribution à l'étude de la grossesse tubaire 879
Placet. — L'obstétrique aux XVII et XVIII siècles 104

NOTIZIE.

Costituzione di società. — Nuovo giornale . . . . . *Pag.* 104
Per l'XI Congresso Medico Internazionale in Roma nel 1893 . . . 696, 783
Primo Congresso Nazionale delle Levatrici 479

NECROLOGIO.

Alfonso Corradi . . . . . *Pag.* 880
Carlo Sigismondo Credé 328
Ludwig Winckel — Emilio Fasola 784

Prof. Luigi Mangiagalli, *Direttore responsabile.*

Milano — Tip. L. F. Cogliati, Via Pantano, 26.